**الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات وسط الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بمدينة الجنينة .**

إعداد

**علي الجيلي عثمان عكاشة**

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير فى علم النفس

إشراف

عبد الباقي دفع الله أحمد

كلية الاداب

قسم علم النفس

2010

بسم الله الرحمن الرحيم

## الآيـــــــــــــــة

(من أجل ذلك كتبنا على بني إسرائيل أنه من قتل نفساً بغير نفس أو فساد في الأرض فكأنما قتــل الناس جميعاً ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً ولقد جاءتـــهم رسلنا بالبينات ثم إن كـثيراً منهم بــعد ذلك في الأرض لمسـرفون ).

صدق الله العظيم المائدة (32)

قال رسول الله صـــلى الله عليه وسلـــم: كل المؤمن على المؤمن حـــــرام دمه وماله وعرضه

وقال رسول الله صـــلى الله عليه وسلـــم في حجة الوداع : إن أموالكم ودماءكم حرام عليكم كحرمة يومكم هذا في شهركم هذا في بلدكم هذا

# الإهــداء

**إلى ...**

**أمي وأبي**

**إلى ...**

**أخواني وأخواتي وأقاربي**

**إلى ...**

**الأبرياء من أهل دارفور الذين قتلوا وشردوا وهاموا على وجوههم في فجاج الأرض يبتغون أسباب الحياة ويدفعون ثمن أخطاء غيرهم .**

**إلى ...**

**طارق ، وبكري ، ومصعب ، وسامي ، ومعاذ ، والشيخ**

**إلى ...**

**من علمني حرفاً وأسدى إلي جميلاً**

**أهدي هذا الجهد المتواضع**

**الباحث**

## الشكر والتقدير

الشكر لله سبحانه وتعالى الذي وهبني الحياة والوجود والعقل والبيان وما لا يحصى من النعم ، وقد قال (وقليل من عبادي الشكور ) اللهم اجعلني منهم ، اللهم صلي على سيدي ومولاي محمد القائل : من لايشكر الناس لايشكر الله وعلى آله وسلم .

وأتوجه بالشكر والتقدير لإخواني وزملائي وأساتذتي الذين لولاهم لما خرج البحث بهذا الشكل أولهم أخي وصديقي د : هشام عزالدين إبراهيم فقد كانت مساعدته لي ووقوفه معي الحافز الأكبر. كما أشكر د: عبد الباقي دفع الله أحمد لما أمدني به من علم ونصح.

كذلك أتوجه بالشكر إلى د: من السيد علي ، وإلى د: أمينة دوسه وفريقها ومهدي دبكة على تعديلهم المقياس إلى اللكنة الدارفورية وأشكر أيضاً الأساتذة الذين قاموا بتحكيم المقياس وإلى الإخوان الذين أحسنوا ضيافتي بمدينة الجنينة ثم إلى الذين ساعدوني في ملأ الاستمارات واشترطوا علي أن لا أذكر أسماءهم .

الباحث

# ملخص الدراسة

**الاسم : علي الجيلي عثمان عكاشة**

**العنوان : الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات وسط الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بمدينة الجنينة .**


هدف الباحث من دراسته الي معرفة الصدمة النفسية لدي الاطفال والمراهقين في معسكرات النازحين في دارفور, ثم إلى معرفة علاقة النوع والمستوي التعليمي والعمر بالاصابة بالصدمة النفسية, والي معرفة هل اضطراب مابعد الصدمه هو الأكثر شيوعا من غيره من الاضطرابات .

استخدم الباحث المنهج الوصف الارتباطي وذلك بتطبيق قائمة أعراض الصدمة النفسية للأطفال ثم تم اختيار عينة عشوائية بلغ حجمها (395) طفلاً ومراهقاً بلغ عدد الأطفال (172) والمراهقين (223) مراهقاً تتراوح أعمارهم بين (9-16) سنة ،ثم قام الباحث بعد جمع البيانات بإخضاعها للمعالجة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية :

1- أن هناك انخفاضاً في الاضطرابات النفسية بدرجة دالة .
2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الإصابة بالاضطراب النفسي والنوع (ذكر،أنثى).
3- توجد فروق دالة في جميع أبعاد الاضطرات النفسية والمستوى التعليمي .
4- توجد علاقة طردية بين العمر وأبعاد اضطراب ما بعد الصدمة والانشقاق والغضب ، بينما لا توجد علاقة بين دالة بين العمر وبعدي القلق والإكتئاب .
5- أن اضطراب ما بعد الصدمة هو الأكثر انتشاراً وسط الأطفال والمراهقين .

وقد أوصى الباحث بتقديم خدمات العلاج والإرشاد النفسي للمتضررين ، وإجراء المزيد من الأبحاث والدراسات .

# ABSTRACT

**Student's Name: Ali Elgaily Osman Akasha**

**Research Title – The Psychological Trauma and some Related Variables among Children and Adolescents at Ardamata and Alreyad Camps in Aljeneena Town .**

The purpose of the study is to determine the psychological disturbances affecting children and adolescents living in displaced peoples' camps in Darfur, and to determine the relationships between the type of disorder, its severity and the age of affliction with the disorder. Another purpose was to also determine whether or not Post-traumatic stress disorder was the most prevalent of the disorders.The statistical analysis method used in the study was the descriptive correlation method.The sample was taken randomly of (395) child and adolescent (172) children and (223) adolescents .The measurement scale used was TSCC (Traumatic symptom checklist for children)**.The data was proceeded using the statistical package for social studies (SPSS). The results arrived at by the researcher were ;**

**1-that there were low rates of psychological disturbances amongst the study population.**

**2-There was no association between gender and psychological disturbance.**

**3- As regards age, some disorders are not age related such as anxiety and depression whilst others are related to age such as anger and dissociation and post-traumatic stress disorder.**

**4-The research also showed that secondary school students were the least group affected by psychological disturbances**

**5- whilst post-traumatic stress disorder was the most prevalent disorder amongst children and adolescents.**

**The researcher recommends providing psychological support and doing more researches.**

فهرس الموضوعات

فهرس الجداول



فهرس الملاحق

# الفصل الأول

## المقدمة

### (1-1) تمهيد :

أتت كلمة الصدمة (Trauma) وجمعها صدمات ( Traumata) في اللغات الأوربية من الكلمة اليونانية "جرح أو يجرح " . وهي مصطلح عام يشير إلى إصابة جسيمة سببتها قوة خارجية مباشرة عبد الخالق(1998). وتعرف الصدمة أيضاً بأنها حدث في حياة الشخص , يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه وعن الأستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض مصطفى حجازي( 1985) . وقد عرفت كذلك بأنها أي حادث يهاجم الأنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية . وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب عبد الخالق (1998).

يعتبر هيرودوتس أول من تحدث عن عصاب الصدمة عندما تحدث عن المحارب الأثنيني الذي أصيب بالعمى . أما ابن سيناء فأول من قام بتجارب عن تأثير حالة التهديد أو الخطر على الكائنات الحية، فقام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحدهما مطاولة الآخر فكانت النتيجة هذول الحمل وضموره ثم موته مع أن ابن سيناء كان يقدم نفس كمية الطعام التي يتناولها الحمل في ظروفه الطبيعية جاسم الخواجة (1993). وقد وردت كلمة الصدمة بهذا المعنى في السنة المطهرة فعن أنس (ض) قال : أتى النبي صلى الله عليه وسلم على امرأة تبكي على صبي لها فقال لها "" اتق الله واصبري فقالت : وما تبالي أنت بمصيبتي فقيل لها : هذا النبي صلى الله عليه وسلم فأتته فلم تجد على بابه بوابين ، فقالت يارسول الله : لم أعرفك . فقال : إنما الصبر عند الصدمة الأولى أو عند اول صدمة أبوداود (بدون تاريخ ) .

أما الحوادث الصدمية فهي موجودة منذ وجود الأنسان ، بعضها طبيعي والبعض الآخر من صنع الأنسان ، أما الطبيعية فأمثلتها الزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات ، والحوادث الصدمية التي هي من صنع البشر كالحروب والاغتصاب والاختطاف والأسر وغيرها عبدالخالق( 1998) . وقد شهد القرن الماضي ""القرن العشرين"" حربين عالميتين طاحنتين ما يزال يعالج بعض جنودهما حتى الآن من اضطرابات نفسية ناجمة عنهما . ومنذ إنتهاء الحرب العالمية الثانية (1945) وحتى (1994) نشبت في مختلف قارات العالم مائة وخمسون حرباً نتج عنها موت إثنين وعشرين مليون شخص ، وفي تقدير أُجري عام ( 1993) اتضح أن هناك ثمان وأربعين دولة من دول العالم نشبت بينها حروب ، أو حدثت فيها نزاعات عبد الخالق(1998).

ونسبة لما يشهده العالم من كوارث وصدمات متكررة أن وضع ما يسمى بعلم الصدمة (Traumatology) الذي يعرف بأنه الدراسة العلمية (و كذلك التطبيقية ) للآثار النفسية والاجتماعية المباشرة وطويلة الأمد للأحداث الضاغطة بشدة , والعوامل التي تؤثرفي هذه الآثار أو العواقب . وقد ظهر هذا التخصص خلال العقدين الأخيرين فقط , وذلك بتأثير من مجالات عدة بحثية وعلاجية مثل المحرقة (Holocaust) التي تعرض لها اليهود في ألمانيا , والعنف داخل الأسرة , والأغتصاب ,وبحوث الجرائم , وصدمة الحرب عبد الخالق( 1998) .

ولا يقتصر تأثير الصدمة على الجانبين النفسي والإجتماعي فقط بل يؤثر حتى على الجانب الجسمي فقد أورد محمد النابلسي( 1991) أن التقارير الإنجليزية ذكرت أن اصابات القرحة ازدادت بنسبة 455% إبان الغارات الألمانية على لندن خلال الحرب العالمية الثانية ، كما تفيد تقارير الأمريكيين عن زيادات ملحوظة في نسبة المصابين بالذبحة القلبية والأمراض الانسدادية بين المقاتلين في حرب فيتنام .

يأتي اهتمام الباحث بشريحة الأطفال خاصة في الحروب والنزاعات لأسباب عديدة ، فهم أكثر الفئات تضرراً من الحروب والنزاعات المسلحة ، وذلك لعدم قدرتهم على تقدير مصلحتهم أو الأضرار التي قد تلحق بهم ، ولعجز الأطفال وقصورهم عن تلبية حاجاتهم بأنفسهم الأمر الذي يتطلب مساعدتهم ، ولضعفهم وقلة حيلتهم يمكن استغلالهم وانتهاك حقوقهم أحمد الشامي (2010) . ومن الأخطار التي يتعرض لها الأطفال في مناطق النزاعات المسلحة الترويع و الخوف الشديد وفقدان أحد الأبوين أو كليهما – فقدان المأوى – النزوح – والتشتت الأسري – وكذلك فقدان التعليم والعلاج والخدمات الأخرى – التعرض للأذى الجسماني أو الموت نتيجة للقتال – الأغتصاب أو الإستغلال الجنسي- استرقاقهم بسوء الأستخدام وأعمال السخرة وكذلك استغلالهم كأدوات مثل السرقة والأتجار بالمخدرات – ثم تجنيدهم في صفوف المقاتلين , وإرغامهم للعمل في واجبات مساندة للمقاتلين أحمد الشامي (2010) . وقد ذكرت الإحصائيات أن هناك اكثر من (300,000) طفل مستغلون في النزاعات المسلحة بابكر (2010 ).

ومن أكثر النزاعات التي شغلت الساحة المحلية والأقليمية والعالمية ما حدث في دارفور حيث جلبت تلك الأزمة أنظار العالم ككل إلى السودان إدريس بابكر(2008) فقد تم تتدمير الريف الدارفوري بمجمله على وجه التقريب بما فيه من ثروات ومباني ووسائل إنتاج وخدمات ومصادر مياه ، وتحول أكثر من مليوني مواطن إلى لاجيئين من ديارهم ، وتوقفت العملية الإنتاجية ، وجفت مصادر دخل المواطن على ضعفها وتحول اقتصاد المنطقة من إقتصاد إكتفائي إلى إقتصاد المعونات , وتحول الناس إلى حياة المعسكرات البائسة بما فيها من حياة الذل والمسكنة والمخاطر والأمراض وتسول المنظمات الأجنبية وانعدام الرؤية والغد المجهول أنور عطا المنان(2008) .

ورغم ما أفرزته هذه الأزمة من صور متعددة من المشاكل والإضطرابات إلا أن الدراسات العلمية التي تناولت هذه المشكلة لاسيما من جوانبها الأجتماعية و النفسية قليلة ولم يتطرق إليها النقاش كثيراً حتى عند مناقشة الأزمة ومفرازاتها أنورعطا المنان (2008) .

وهذا ما لاحظه الباحث أيضاً خلال إقامته بولاية غرب دارفور فلم يجد أي منظمة من المنظمات الطوعية الوطنية او الأجنبية العاملة في معسكرات النازحين قد اهتمت بالجوانب النفسية , بل ليس من أجندتها سواء في المستقبل القريب أو البعيد لذا يأمل الباحث أن تكون هذه الدراسة باعثاً وحافزاً للعمل النفسي في كل معسكرات النازحين بدارفور للحاجة الماسة إليه .

## (1-2) مشكلة الدراسة :

نبعت مشكلة الدراسة من معاناة أهل دارفور جراء النزاعات المسلحة القائمة بالإقليم ، وكان اهتمام الباحث تحديداً بشريحة الأطفال والمراهقين لأنها أكثر الفئات التي تاثرت نفسياً مما يحدث في دارفور أنور عطا المنان (2008) ، لهذا رأى الباحث أن يقوم بدراسة للصدمة النفسية وسط الأطفال والمراهقين في دارفور بسبب النزاعات المسلحة مستخدماً المعايير الموضوعة والمقننة علمياً في قياس الصدمة النفسية الناتجة عن النزعات المسلحة .

تتركز مشكلة الدراسة الحالية في التعرف إلى أكثر الصدمات النفسية انتشاراً وسط الأطفال والمراهقين ،وعلاقة العمر والنوع والمستوى التعليمي بدرجة الإصابة ،ثم بيان ما إذا كان اضطراب ما بعد الصدمة هو الأكثر انتشاراً.

## (1-3) أهمية الدراسة :

1. يعتبر هذا البحث من الأبحاث االنادرة حسب علم الباحث التي تناولت الصدمة النفسية وسط الأطفال والمراهقين بسبب النزاعات المسلحة في دارفور .
2. تأتي معرفة الصدمة النفسية وما تفرع عنها من اضطرابات كخطوة أولى لوضع البرامج والخطط العلاجية المناسبة .
3. أتى هذا البحث استجابة لبعض التوصيات لإجراء المزيد من الأبحاث عن الازمة وتداعياتها في دارفور .
4. تمثل شريحتي الأطفال والمراهقين جزءاً مهماً من المجتمع ،لذا فمعرفة تأثرهم بالنزاع المسلح في دارفور يمثل أولوية بالنسبة للباحث .

## (1-4) أهداف الدراسة :

**تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:**

1- معرفة مدى شيوع الإضطرابات النفسية وسط الاطفال والمراهقين الذين يعيشون بمعسكرات النازحين في دارفور .

2- معرفة ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية حسب العمر والنوع والمستوى التعليمي .

3- معرفة هل اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو الأكثر انتشاراً وسط الأطفال والمراهقين؟.

**(1-5) فروض الدراسة:**

1. تتسم أبعاد الصدمة النفسية وسط الاطفال والمراهقين بالارتفاع بدرجة دالة احصائياً.
2. توجد فروق دالة في أبعاد الصدمة النفسية وسط الأطفال والمراهقين تبعاً للنوع (ذكر- أنثى).
3. هنالك فروق في أبعاد الصدمة النفسية وسط الأطفال والمراهقين تبعاً للمستوى التعليمي(ثانوي، أساس، خلوة، أمي).
4. توجدعلاقة دالة بين أبعاد الصدمة النفسية وسط ألاطفال والمراهقين والعمر الزمني.
5. يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة أكثر الاضطرابات انتشاراً وسط الاطفال والمراهقين .

**(1-6) حدودالدراسة:**

اقتصرت حدود الدراسة على ما يلي :

**1. الحدود البشرية :**

اشتملت الدراسة على (395) طفلاً تم أختيارهم عشوائياً من معسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور .

**2. الحدود المكانية :**

أخذت العينة من معسكري أردمتا و الرياض اللذين يقعان داخل مدينة الجنينة عاصمة ولاية غرب دارفور .

**3. الحدود الزمانية :**

تم تطبيق أدوات الدراسة في مارس (2010 ).

**(1-8) تعريف المصطلحات :**

**1- الصدمة النفسية :**

تعرف الصدمة بأنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه وعن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دآئمة مولدة للمرض مصطفى حجازي (1985) ويعني بها الباحث الاضطرابات النفسية الشائعة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النزوح في دارفور وهي (اضظراب ما بعد الصدمة ، القلق ، الاكتئاب ، الغضب ، الانشقاق ).

2- **المتغيرات** :

المتغير عبارة عن سمة قابلة للقياس تختلف من مجموعة لأخرى ومن فرد لآخر بل وعن الشخص نفسه عبر فترات زمنية مختلفة كمال زيتون(2004) . ويعني الباحث بالمتغيرات (العمر ، النوع ، المستوى التعليمي) .

3- **الأطفال :**

يعرف الطفل وفق مواثيق الأمم المتحدة بأنه كل إنسان لم يتجاوز السنة الثامنة عشرة اتفاقية حقوق الطفل (2002-2004) . ويقصد بهم الباحث شريحة الأفراد في الفئة العمرية من (9-12سنة) وتمثل هذه المرحلة فترة الطفولة المتأخرة .

4- **المراهقون** :

تعني المراهقة الفترة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي باكتمال الرشد الجسماني (1994). ويقصد بهم الباحث شريحة الأفراد الذين يقعون في الفئة العمرية من (9-16 سنة )

**5- أردمتا والرياض** :

معسكران للنازحين داخل مدينة الجنينة بولاية غرب دارفور.

6- **مدينة الجنينة :**

هي مدينة الجنينة حاضرة ولاية غرب دارفور .

## الفصل الثاني

## الإطار النظري

**مقدمة :**

يعرض الباحث في هذا الفصل الإطار النظري الذي يشمل أربعة أجزاء . يحتوي الجزء الأول على تعريفات بمرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة ، أما الجزء الثاني فيقدم شرحاً للاضطرابات النفسية المفحوصة بواسطة مقياس الدراسة ، ويعرض الجزء الثالث نبذة عن تاريخ دارفور عبر العصور المختلفة ، ثم إعطاء خلفية عن تاريخ النزاعات المسلحة وأسبابها ، ويحتوي الجزء الرابع على الدراسات السابقة وتعليق الباحث عليها .

**2-1 مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة :**

**تمهيد :**

نعرض في هذا الجزء بعض مراحل النمو في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة حيث تقع الشريحة المستهفة ضمن هاتين المرحلتين .

**أولاً مرحلة الطفولة المتأخرة :**

**الطفل لغةً :** البنان الرخص والطفل الصغير من كل شيء . قال أبو الهيثم: الصبي يدعى طفلاً حين يسقط من بطن أمه إلى أن يحتلم ابن منظور(1994) . ويعرف الطفل وفق مواثيق الأمم المتحدة بأنه كل إنسان لم يتجاوزالسنة الثامنة عشرة إتفاقية حقوق الطفل(2002-2004).

أما مرحلة الطفولة المتأخرة فتقابل السنوات الثلاثة الأخيرة من التعليم الإبتدائي ، أو السنوات الثلاثة الوسطى من التعليم الأساسي. وتشهد هذه المرحلة فترة من الاستقرار في العديد من مظاهر النمو ، حيث يتخطى الطفل توابع المرحلة الانتقالية من المنزل للمدرسة,وتتضح ميوله الاجتماعية ويتخفف تدريجياًمن الالتصاق بالمدرسة بركات حسن (2008) .

**النمو الجسمي :**

يبدأ الطفل في ملاحظة فروق جسمية من حيث الطول والوزن بينه وبين أقرانه ، تتغير النسب الجسمية وتصبح قريبة الشبه بها عند الرشد . وتستطيل الأطراف ، ويزداد النمو العضلي ، وتكون العظام أقوى من ذي قبل ، يتتابع ظهور الأنياب والأضراس الدائمة . بالنسبة للطول تحدث فيه طفرة في نهاية المرحلة . كما تزداد المهارات الجسمية ، حيث يمكن ملاحظة أن الطفل في نهاية المرحلة يستطيع أن يمارس بعض الألعاب الرياضية بنفس مهارة الراشد . تزداد

الفروق الفردية وضوحاً حيث يمكن ملاحظة وجود طوال القامة ، وقصار القامة بشكل واضح في فصل من الفصول ، وينطبق الأمر أيضاً على الوزن وتظهر الفروق بين الجنسين في القدرة العضلية ، حيث تتميز الإناث في الطول والوزن في نهاية هذه المرحلة بركات حسن( 2008) .

**النمو الفيسولوجي :**

بالنسبة لنمو الجهاز العصبي وخاصة المخ ، فهنالك وظيفتان هامتان من وظائف المخ تستمران في النمو أولاهما تكوين نخاع الألياف العصبية في المخ والنخاع الشوكي في الأنسجة العصبية المرتبطة ، وثانيها تنظيم وظائف المخ . وتحدث في هذه المرحلة فروق بين الجنسين نتيجة للمعدلات المختلفة لنمو كل من النصفين الكرويين . ففي الذكور يكون النصف الكروي الأعلى أكثر فاعلية ، ويساعد ذلك على أداء الأنشطة غير اللغوية بفاعلية أكبر من البنات . أما في البنات فإن النصف الكروي الأيمن يكون أكثر نمواً ، لهذا نلاحظ أنهن أكثر تفوقاً من الذكور في المهارة اللغوية بينما يتفوق عليهن الذكور في مهارات التمييز المكاني آمال صادق و ابو حطب (1999) .

**النمو العقلي :**

يدخل الطفل في هذه المرحلة من مراحل النمو في ما يسميه (بياجيه) مرحلة العمليات العيانية أو الحسية (Concrete Operations) ويقصد بها الأحداث العقلية ذات الدرجة العالية من التعقيد مثل الجمع ، الطرح ، الضرب ، القسمة ، وفي هذه المرحلة يصبح الطفل قادراً على التفكير المنطقي في الأمور الحسية ، أي في الامور التي تقع ضمن خبرة الطفل المباشرة في حياته اليومية . كما ينمو الإدراك وهو العملية التي نستنتج من خلالها المعلومات او نتعرف بها على هذه المعلومات نتيجة التنبه المادي الصادر من حولنا , او القدرةعلى معرفة الأشياء من خلال الحواس .وتنمو الذاكرة كذلك حيث يحل التذكر القائم على الفهم محل التذكر الآلي . كما ينمو التفكير الإستدلالي فعندما يواجه العقل مشكلة ما فإنه يحاول حلها ومن اجل ذلك يقوم باستنتاجات ويتوصل إلى نتائج معينة . كذلك تزداد قدرة الطفل في هذه المرحلة على الإنتباه من حيث المدة ، والمدى ، والحدة ، فهو يستطيع تركيز انتباهه حول موضوع معينة لفترة أطول ، ويصبح قادراً على التحرر النسبي من مشتتات الانتباه ، ومع ذلك فإنه لا يستطيع تركيز إنتباهه لفترة طويلة في الأحاديث الشفهية . ويميز الطفل في هذه المرحلة بين الواقع و الخيال ، ويصبح خياله اقرب إلى الواقعية ، وينمو اهتمامه بالواقع إلى حد كبير الزعبي (2007) .

**النمو الإنفعالي :**

تمتاز انفعالات الطفل باالهدوء والاستقرار والثبات ، كما تزداد قدرة الطفل على ضبط النفس وضبط المشاعر . لكن قد تحدث عنده أيضاً حالات من التقلب المزاجي ، وقد يعاني من القلق و الإحباط في بعض الأحيان ، وقد تلجأ البنت للبكاء وتنفجر غضباً كما كانت تعبر عن إنفعالاتها قبل المدرسة الإبتدائية . أما الأولاد فيكونون اكثر ميلاً للتعبير عن

غضبهم في صورة عبوس وتقطيب الجبين . أما الخوف في هذه المرحلة فيكون من الموت سواء بالنسبة لهم او لوالديهم ، كما يخافون من السخرية مما يجعلهم يتجنبون المواقف التي تثير السخرية . اما القلق فيكون في هذه المرحلة شديداً عند الأطفال الذين لا يحوزون محبة زملائهم ، ويكون القلق عند البنات أكثر منه عند البنين ، أما الغيرة فتظهر بصورة مباشرة بشكل شجار ، وسرد القصص ، والاستهزاء بالآخرين ، والعدوان عليهم ، أو وصف بعضهم بعبارات غيرمحببة الزعبي (2007) .

**النمو الإجتماعي :**

تطرد عملية التنشئة الإجتماعية ، ويزداد احتكاك الطفل بجماعات الكبار ، ويزداد تأثير جماعات الرفاق . وتنمو فردية الطفل ، ويزداد الشعور بالمسئولية ، وتنمو المسئولية الإجتماعية ، وتتغير الميول وأوجه النشاط الطفولية إلى الاستقلال وحب الخصوصية . تتمثل الفروق بين الجنسين في حجم الجماعات التي ينضم اليها الطفل ، فعادة ما تكون جماعات الذكور أكبر عدداً من جماعات الإناث .كما يلاحظ أن النمط الغالب في تكوين الجماعات هو نمط جماعات الجنس الواحد (جماعات ذكور ، أو جماعات إناث )مع ندرة الجماعات التي تضم الجنسين بركات حسن (2008) .

**ثانياًالمراهقة :**

يعد تخصيص مرحلة خاصة في النمو تسمى مرحلة المراهقة والشباب اختراعاً اجتماعياً ولغوياً حديث العهد . فمنذ عهد قريب كان التوحيد بين البلوغ الجنسي والرشد شائعاً . إلا أنه منذ نهاية القرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين وظهور تغيرات اجتماعية وثقافية عديدة في المجتمع الحديث تطلب الأمر تناول مرحلة خاصة للنمو الإنساني بين هذين الحدثين , أي البلوغ الجنسي والرشد . ويعود الفضل إلى ج.شانلي هول مؤسس علم نفس النمو في اقتراح المصطلح الذي يدل على هذه المرحلة وهو" Adolescence " , وأجرى بحوثه المبكرة في مجال النمو في هذه المرحلة بالفعل ونشرها في كتاب شهير عام ( 1891) آمال صادق وأبو حطب (1999).

**التعريف :**

لغة: من (رهق) والرهق الكذب والخفة والعربدة ، والرهق جهل في الإنسان وخفة في عقله وإنه لرهق أي فيه حدة وسفه، والرهق التهمة والمرهق المتهم في دينه ، والرهق الإثم ،والرهقة المرأة الفاجرة ،والرهق غشيان الشيء، رهقه بالكسر يرهقه رهقاً أي غشيه، وراهق الغلام فهو مراهق إذا قارب الإحتلام ،والمراهق الغلام الذي قارب الحلم ،وجارية مراهقة ويقال جارية راهقة وغلام راهق ،وغلام راهق وذلك ابن العشر إلى أحد عشرة ابن منظور(1994).

ذكر الجسماني (1994) أن المراهقة تعني الفترة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بإكتمال الرشد . وتوصف أحياناً بإنها مرحلة انتقالية تجمع بين خصائص الطفولة وسمات الرجولة. أما صادق( 2009) فيعرفها بأنها عبارة عن مرحلة يمر بها

كل إنسان بلغ الرشد أو النضج وتتميز هذه المرحلة ببعض الصفات والخصائص النفسية والجسمية ويختلف طول وقصر هذه المرحلة من مجتمع لآخر و تلعب الهرمونات دوراً أساسياً. ويتفق الباحث مع الجسماني في تعريفه للمراهقة بأنها التي تبدأ بالبوغ وتنتهي بإكتمال الرشد، رغم أن تعريف المراهقة لغةً تنتهي بوصول الفرد إلى مرحلة البلوغ .

**الفرق بين المراهقة والبلوغ ؟**

يذكر عيسوي (بدون تاريخ) أن اصطلاح المراهقة (Adolescence) يطلق على المرحلة التي يحدث فيها الإنتقال التدريجي نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والنفسي ، بينما تعني كلمة البلوغ (Puberty) نضج الأعضاء الجنسية واكتمال وظائفها عند الذكر والأنثى ، وعلى ذلك يتضح أن البلوغ يقصد به جانب واحد من جوانب المراهقة.

**مراحل المراهقة :**

هناك ثلاث مراحل للمراهقة , المراهقة المبكرة (14,13,12سنة ). والمراهقة المتوسطة (17,16,15 سنة ) والمراهقة المتأخرة(18, 20،19 ،21سنة ) بركات حسن(2008).

**النمو في فترة المراهقة :**

تعتبر مرحلة المراهقة واحدة من أكثر المراحل نمواً سواء كان هذا النمو خارجياً (الطول , الوزن)أو داخلياً (الغدد والهمرونات) . وهذا ما أكدته مجوعة من البحوث التي تحدثت عن النمو في مرحلة المراهقة صادق (2008) .

**النمو الجسمي ومظاهره :**

تحدث طفرة النمو وازدياد سرعته لمدة حوالي 3 سنوات 10-14 عند الإناث ، 12-16 عند الذكور ، ويزداد الطول ، ويزداد نمو العضلات والقوة العضلية والعظام . وتكون الفروق واضحة بين الجنسين ، تقدم مؤقت عند الإناث وتأخر مؤقت عند الذكور . أما مرحلة المراهقة المتوسطة والمتأخرة ، فتتباطأ سرعة النمو الجسمي نسبياً عن المرحلة السابقة . يزداد الطول والوزن عند كل من الجنسين وتزداد الحواس دقة ، ويتم النضج الهيكلي التام (العظام) في نهاية المرحلة تستقر نسب الوجه وتكتمل الأسنان الدائمة ويتم النضج الجسمي مع نهاية المرحلة بركات حسن (2008) .

**النمو الفيسولوجي:**

يذكرعبد الستارابراهيم (1987) أن من أهم ما يميز هذه المرحلة هو ظهور الخصائص الجنسية الناضجة - الإفرازات المنوية عند الذكور -والحيض عند الفتيات . يحدث هذا التغير المفاجئ بفضل الإفرازات الهرومونية لعدد من الغدد الصماء . والغدد الصماء عبارة عن أعضاء موجودة في الجسم ، وموزعة في مناطق مختلفة منه تفرز مركبات

كيميائية مختلفة يطلق عليها العلماء إسم الهرمونات ، وسميت صماء لأنها لا تفرز هرموناتها إلى الخارج وإنما يكون إفرازها في الدم مباشرة . ويضيف عيسوي (1999) أن من أهم الغدد الغدة النخامية (Pituirtary Gland ) التي يطلق عليها إسم الغدة سيدة الغدد (Master Gland) لأنها تهيمن على نشاط الغدد الأخرى ، كالغدة الدرقية ، والغدة الجنسية ، واللحاء الأدرينالي .

تقوم الغدد التناسلية والجنسية بفرز خلايا التناسل ، ومن ناحية أخرى تفرز الهرمونات التي تساعد الأعضاء التناسلية على النمو ، والأعضاء الأخرى التي تكون الصفات الجنسية الثانوية مثل خشونة الصوت عند الذكر ، ونمو الأرداف عند الأنثى مثلاً . كما ترتبط الرغبة الجنسية بالهرمونات الجنسية . ومن المعلوم ان الهرمونات الذكرية والأنثوية توجد في كل منا ، وأن التفوق النسبي لأحدهما يتوقف على جنس الفرد ، ففي الذكر تسود الهرمونات الذكرية والعكس عند الأنثى . والزيادة غير الطبيعية لهرمونات الذكورة في المرأة تجعلها تميل إلى الاسترجال(Virilism) ، وزيادة الهرمونات الأنثوية في الرجل تجعله يميل إلى الصفات الأنثوية أو التخنث (Effeminacy) عيسوي( 1999).

**النمو العقلي :**

يرى بياجيه أن فترة المراهقة تعتبر أيضاً فترة نضوج في نمو التفكير ، ففي هذه المرحلة يصبح الكائن قادراً على تنظيم الحقائق والأحداث من خلال استخدام عمليات معقدة من التفكير الرمزي والتجريدي عبد الستار ابراهيم (1987) .

أشار صادق (2009) إلى أن هناك تفصيل في القدرات الخاصة المكونة للنمو العقلي الكلي فأشار الى أن الإدراك يتأثر بنمو الفرد العضوي والفيسيولوجي والعقلي والاجتماعي ولذلك وجد أن إدارك المراهق يفوق إدراك الطفل نسبة لطبيعة النمو ، فالمراهق أقوى انتباهاً من الطفل لما يدرك ويفهم ، وأكثر استقراراً في حالته العقلية ، أما بالنسبة للتذكر فهذه القدرة تنمو وتنمو معها القدرة على الاستدعاء وتقوى الحافظة وتزداد سعة الذاكرة ، وبالنسبة لعملية التفكير التي ذكر بأنها تنمو في هذه المرحلة ولكنها تتأثر بالبيئة المحيطة بالمراهق ، وذلك بأنها تسفر في جوهرها عن نوع ومدى وشدة المشكلة التي يعالجها المراهق . وترتبط عملية التفكير بعملية التخيل ارتباطاً وثيقاً ويزداد هذا الارتباط كلما اقترب الفرد من الرشد . اضافةً إلى ذلك تنمو القدرات الطائفية في هذه المرحلة من القدرة اللفظية والمكانية والاستنباطية والإستقرائية والعددية.

**النمو الإجتماعي :**

تصل الرغبة في الاختلاط والانتماء لجماعات الأقران إلى قيمتها ولهذا ينظر البعض إلى فترة المراهقة على أنها الفترة التي يصل فيها الانصياع لمعايير الزملاء والأصحاب والأقران الى القمة ،ولهذا دائماً ما تثور الصراعات بين الأبوين والمراهق خاصة إن كانت الجماعة التي ينتمي لها المراهق من النوع المندفع أو الذي يجنح نحو الأفعال التي لا ترتضيها معايير الأبوين . ويعتقد اريكسون ان الأزمة الرئيسية التي تميز المراهقة هي ازمة البحث عن الهوية ، ففي تلك

المرحلة تختلف الأدوار التي يتطلع المراهق لاختيارها ، فهو يريد ان يحقق دور المرشد المستقل عن الأسرة ، والزميل المخاص لقيم الأصدقاء ، وفي نفس الوقت الابن الطيب في أسرته عبدالستار ابراهيم (1987) .

**النمو الانفعالي :**

تتصف الإنفعالات في مرحلة المراهقة المبكرة في أنها إنفعالات عنيفة متهورة لا تتناسب مع مثيراتها ،و يلاحظ عدم الثبات الانفعالي والتذبذب الانفعالي ، كما يلاحظ الخجل ، والشعور بالذنب والخطيئة ، والتردد ، ويستغرق المراهق في أحلام اليقظة ، وينمو الإحساس بالحاجة إلى الحب حيث يعتبر الحب من أهم مظاهر الحياة الانفعالية في المراهقة . أما المراهقة المتوسطة والمتأخرة فتظل انفعالاتها قوية يلونها الحماس ، وتتطور مشاعر الحب حيث يتضح الميل نحو الجنس الآخر، ويفرح المراهق عندما يشعر بالتقبل الاجتماعي ، ويلاحظ الحساسية الإنفعالية . وتظهر حالات الإكتئاب واليأس ، وتظهر مشاعر الغضب والثورة والتمرد نحو مصادر السلطة ، ويلاحظ الخوف عند التعرض للخطر. ومع نهاية المرحلة يتجه المراهق نحو الثبات الانفعالي ، والنزوع نحو المثالية وتكون الإناث أكثر من الذكور اندماجاً في أحلام اليقظة . ويميل الذكور إلى تغطية مشاعر القلق بسلوك خارجي مثل العنف اللفظي والبدني بركات حسن (2007) .

ويذكر بركات حسن (2008) عدداً من المشاكل النفسية والإجتماعية في المراهقة وأهم هذه المشاكل هي الإنحرافات الجنسية التي من أشكالها الجنسية المثلية أو (اللواط) و (السحاق) ، و الإفراط في العادة السرية ، أو الممارسة مع العاهرات (المومسات) ... الخ .

من أهم المشاكل كذلك جناح الأحداث الذي هو انحراف سلوكي لدى الأطفال والمراهقين دون سن( 16 أو 18 سنة) ، ويتمثل في سلوك لا أخلاقي وخارج عن القانون ومضاد للمجتمع مثل (الكذب المرضي ،و الهروب من المدرسة ، والتشرد ، والتخريب ، والشغب ، والخطورة على الأمن ، والسرقة والنشل ، تعاطي المخدرات والإدمان) بركات حسن(2008) .

## 3-2 الصدمة النفسية

**تمهيد :**

الصدم لغةً : ضرب الشيء الصلب بشيء مثله وصدمهم أمر أصابهم و في الحديث الصبر عند الصدمة الألى أي عند فورة المصيبة وحموتها ابن منظور(1994). والنفس لغة الروح قال ابن إسحاق النفس في كلام العرب يجري على ضربين أحدهما قولك خرجت نفس فلان أي روحه وفي نفس فلان أن يفعل كذا وكذا أي في روعه والضرب الآخر معنى النفس فيه جملة الشيء وحقيقتهابن منظور(1994) . والصدمة النفسية قصد بها الباحث الإضطرابات النفسية التي تنجم عن الأزمات والكوارث ، وسنورد في هذا الجزء الاضطرابات النفسية التي قام الباحث بفحصها بواسطة (أداة البحث ) وسط الشريحة المستهدفة في معسكرات النزوح بولاية غرب دارفور، وهذه الاضطرابات هي :

**أولاً : اضطراب مابعد الصدمة**

يورد تصنيف منظمة الصحة العالمية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD- 10-1992)(اضطراب مابعدالصدمة) PTSD ضمن الفئة(F40-F48)الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف .

أما الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV-1994) فيورده ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق والتي تضم اضطرابات أخرى مثل (الخوف المرضي –الفزع –اضطراب الوساس القهري ..الخ).

**ماهو اضطراب مابعد الصدمة** ؟

يعرف شيرالدي (1999) اضطراب مابعد الصدمة بأنه اضطراب يحدث نتيجة التعرض لحدث أو سلسلة من الأحداث المرهقة نفسياً مثل الحرب ، الاغتصاب ، أو سوء المعاملة . اذن هو إستجابة طبيعية من أشخاص أسوياء لحدث غيرطبيعي.الأحداث الكارثية التي تسبب اضطراب ما بعد الصدمة هي إحداث استثنائية أو حادة تؤثر تقريباً في أي شخص تعرض للحادثة ، وتكون هذه الأحداث عادة مفاجأةً وتمثل خطراً على الشخص او الآخرين ، كما أنها تشل أو تستغرق قدرتنا في الاستجابة لها بشكل صحيح.

**النماذج النظرية لإضطراب ما بعد الصدمة :**

**المدرسة التحليلية** :

يذكر بارلو(2002) أن من ملاحظات فرويد عن المحاربين القدامى الذين أصيبوا بالصدمة خلال الحرب العالمية الأولى أشار إلى اثنين من الخصائص الكبرى التي تعرف اليها العلماء الآن من خصائص إضطراب الضغوط التالية للصدمة هما التكرار (إعادة التجربة) والإنكار أو (التجنب) .ويضيف مجاهد (2008) بأن مفاهيم التحليل النفسي واضحة في إبراز أهمية الأحداث الضاغطة التي تتمثل في تمزق الروابط الأسرية وفقدان البيئة الإجتماعية و الثقافية ، وقلق الإنفصال المستمر ، والشعور الدائم بالعجز وتوقع الموت ، ومحو الفردية والخصوصية ، والحط من قدر الذات . أما العواقب فتبدو في دافع النكوص إلى المرحلة الفمية ، وتحول الطاقة النفسية الليبيدية من الموضوع إلى الذات ، وإعادة تعبئة الحفزات أو الدفعات الطفلية السادية الماسوشية والتغيرات النكوصية في الأنا ، وتأخذ الدفعات أسلوب الإنكار وتطور الذات الزائفة (FALSE SELF) وتغيرات تدميرية في الذات المثالية ويتضح من ذلك أن التحليل النفسي يشير إلى آثار الخبرة الصدمية على أنها بنائية في الجهاز النفسي تظل آثارها مستمرة ولا تمحى منه .مع العلم بأن معظم أصحاب التحليل النفسي يذهبون إلى أن العوامل الوراثية هي أكثر العوامل المنبئة به.

**النماذج البيولوجية :**

أورد بارلو (2002) بأن كلاً من فان دركولك وآخرين يسلمون بأن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة تنجم عن التغيرات في نشاط الناقلات العصبية وأ ن أعراض فقدان الذاكرة الحادة ، والاستجابات الانتفاضية الشديدة والثورات العدوانية يعتقد أنها ترتبط بالنشاط الزائد للإثارة الأدرينالية ، وللمثيرات المرتبطة بالصدمة ، والتي يتبعها استهلاك الكيماويات الحيوية للمخ والنقص في مستوى االجهاز العصبي المركزي من الأدرينالين الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراضاً مثل : فقدان الإحساس باللذة ، والإنسحاب الإجتماعي ، والخدر الوجداني. واقترح كواب نموذجاً آخر للأعراض المرضية الجسمية لإضطرابات الضغوط التالية للصدمة فركز هو وماك جوف على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي ،فالتنبهات الحادة التي يخبرها الفرد في الأحداث الصادمة قد تسبب تدميراً أو تغيير المسار العصبي .وتؤيد بحوث حديثة أخرى فكرة الصدمة التي تؤدي إلى تغير في نظام المخ العصبي الكيماوي كمساهم في أعراض اضطرابات الضغوط التالية مثال لذلك أن شارني (CHARNEY) وزملاءه وجدوا أن التغيرات في وظيفة السيروتنين قد ترتبط بأعراض فقدان الإحساس باللذة . وعلى الرغم من أن مثل هذه النماذج البيولوجية مثيرة للفضول ، إلا أنه يجب أن نذكر أنها أولية بطبيعتها ، وتترك الكثير من الغموض في اضطراب الضغوط التالية للصدمة غير مفسر ، فعلى سبيل المثال لم تعالج البداية المتأخرة لإضطراب الضغوط ، وتأثير المتغيرات الوسيطة، والفروق الفردية في الإستجابة

**النموذج المعرفي :**

وذكر بارلو(2002) ا أن كلاً من كريمروبيرس وباتسون اقترحوا نموذجاً للمعالجة المعرفية لردود فعل الصدمة ، التي تتضمن حلقة من ردود الفعل التي تتضمن الإقحام ، والتجنب ,ومستوى الأعراض ، وكما في النماذج المعرفية

الأخرى ، فإن نموذج كريمر وزملائه ينظر إلى العمليات الناجحة أو تكامل الصدمة للتعافي الناجح , ويرى هذا النموذج ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي عبر الوقت ، كما تحدث في مراحل خمس ، هي :

1. التعرض الموضوعي : والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الضغط الذي يؤدي إلى الصدمة .
2. شبكة المعلومات : والتي تحدد أساساً بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة .
3. الاقتحام : وأثناء هذه المرحلة فإن شبكة الذاكرة تنشط في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة .
4. التجنب : وتتصف باستخدام الهروب والتجنب كخطط مواجهة في الإستجابة للاقتحام .
5. النتيجة : يتحقق فيها التعافي من خلال شبكة معالجة الحلول .

**النموذج السلوكي :**

ذكر مجاهد وآخرون (2008) أن النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يقدمها (كين) وزملاؤه تستند إلى نظرية العاملين(Tow Factor Theory) لـ (ماورد) : تؤكد هذه النظرية أهمية كل من الاشتراط التقليدي (الكلاسيكي) (Classical Conditioning) والاشراط الوسيلي (Instrumental Conditioning) في تطور الاضطرابات النفسية . ويشبه تطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة باكتساب الإستجابات النفسية والسلوكية للخوف على أساس الاشتراط الكلاسيكي . وتعمل المنبهات المتعلقة بالحروب والمعارك على أنها منبهات منفرة غير اشراطية (Unconditioned Versive Stimulu) تستدعي بشكل انعكاسي استجابات شديدة وتلقائية من الضيق والاضطراب لدى الأفراد الذين تعرضوا لتلك الأحداث الصدمية . ومن هذا المنظور ، يعتبر الخوف إستجابة متعلمة بالإشتراط الكلاسيكي .ومن خلال التعلم الترابطي ، قد تكتسب بعض الأمارات أو العلامات (Cues) مثل مناظر معينة أو أصوات أو روائح أو أشياء أو أشخاص وغير ذلك من المنبهات الإشراطية مما قد يذكر الشخص بالخبرة الصدمية قدرة على إستدعاء الخوف الشديد .

طرأ على الباحث تساؤل عن أوجه الشبه في تأخر الأحساس بالألم الذي يكون من جرح أو إصابة نتيجة حادث أو قتال , وعن تأخر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة هل هو أمر تلقائي وطبيعي ؟ أم أنه حيلة دفاعية يدفع بها الإنسان الإحساس بالألم لحين انقشاع الكارثة .

رأى الباحث أن بعض علماء النفس يرون أن اضطراب ما بعد الصدمة شبيه بالحيلة الدفاعية فقد أورد بارلو (2002) أن هورويتز (horowitz) أشارالى أن ميكانيزمات الأنكار (أو التجنب) والخدر الأنفعالي المصاحبان لاضطراب مابعد الصدمة تحفظان الفرد من أن تحدق به الصدمة .

أما تأخر الاحساس بالألم من الجروح في الحوادث فوجد الباحث أن ماخمنه كان صحيحاً حيث ذكر عدد من الباحثين في علم الطب الفيزيولوجي (2006) أن الأبحاث أثبتث وجود مادتين في المخ تفرازان عند الحالات الضاغطة

هما :مادتا الأندروفين والأنكفالين وهما مادتان تعملان نفس عمل المورفين القاتل للألم المستخدم في التخدير للعمليات الجراحية ، وقد وجد أنهما المادتان المسؤولتان عن عدم الإحساس بالألم في حالات الإصابة والجروح التي تحدث في المعارك .

مماسبق يرى الباحث أن الفرد يؤخر بما آتاه الله من وسائل الدفاع الإحساس بالألم من الجروح والمعاناة النفسية من الصدمة لما بعد الكارثة ،لأن الإحساس بالألم من الجروح والضغط النفسي قد يشلان حركة الفرد أثناء وقوع الكارثة وهو الوقت الذي يحتاج الفرد فيه للمواجهة ،أو الفرار.

**الأحداث الأساسية التي تسبب اضطراب ما بعد الصدمة :**

وقد قام شيرالدي (1999) بتقسيمها إلى ثلاثة أنواع هي :

**أ-الأفعال البشرية المتعمدة بخبث وسوء وهي** :

1-صراع – حرب أهلية – مقاومة – قتال .
2-سوء المعاملة .
3-الإعتداءات الجنسية مثل : زنى المحارم – الاغتصاب – التعري - الإستعراض الجنسي - الخلاعة أو الملامسة غير المقبولة - المعاكسة أو التقبيل .
4-الاعتداءات الجسدية – كالضرب – الركل – الخنق – الربط " أن يقيد بقيود" الملاحقة - الإكراه والإجبار على الأكل والشرب - التهديد بالسلاح .
5-الاعتداءات النفسية :الابعاد - التهديد بالرحيل وترك المكان – التخويف – التهميش الاقتصادي – تدمير الممتلكات – الإهمال و العزلة – المنع من الأكل – المنع من استعمال الحمام .
6-التعذيب : أسوأ شكل من أشكال التعذيب هو التعذيب الجنسي لأنه يمثل انتهاكاً واعتداءً على الجانب الجسدي والنفسي والروحي .
7-الحوادث الجنائية : جرائم العنف – النهب – السرقة – العنف الأسري .
8-أسرى الحرب – الرهائن – معسكرات الاعتقال – الاختطاف – الصراعات الطائفية .
9-الإرهاب .
10-التفجيرات: مثل ما حدث في مدينتي هيروشيما – وأ كلاهوما – ...الخ .
11-مشاهدة عمليات قتل - اغتصاب جنسي – ضرب - تعذيب .... الخ .
12-هجوم قناص .
13-خطف .

14-الاضطرابات .
15-المشاركة في أعمال عنف ، أو أفعال وحشية مثل (الجنود والضباط النازيين الذين اشتهروا بالقسوة ).
16-الكحول بناءً على تاثيراتها السيئة على أفراد الأسرة .
17-الانتحار أو أي اشكال أخرى من الموت المفاجئ .
18المهددات التي تقود إلى الموت .
19-الأذى والضرب الذي يلحق بأحد أجزاء الجسم او فقد ذلك الجزء .

**ب-الأخطاء البشرية العارضة (الحوادث – الأخطاء التكنولوجية ) .**

1-الصناعية مثل (الحادث الناجم من تحطم رافعة) .
2-الحرائق بسبب المواد البترولية .
3-الإنفجارات .
4- حوادث السيارات – سقوط الطائرات – حوادث المراكب – تحطم السفن .
5- الكوارث النووية مثل (شيرنوبل) .
6- انهيار( استاد –بناية –سد -أو ناطحة سحاب ).
7- التلف الجراحي للجسم أو بعض أجزاء الجسم .

**ج-الكوارث الطبيعية :**

الأعاصير – الفيضانات – الزلازل – البراكين – الانهيارات الجليدية – الجفاف – المجاعات – الحرائق – هجوم الحيوانات – الأمراض المفاجئة التي تهدد الحياة كالنوبة القلبية -الحروق الشديدة - الموت المفاجئ مثل (وفاة طفل قبل الولادة كانت الأسرة في انتظاره) .

**المميزات التشخيصية :**

جاء في (DSM IV-1994) أن الخصائص الأساسية لاضطراب ما بعد الصدمة هو ظهور أعراض مميزة ناتجة بسبب التعرض لأحداث صدمية حادة ، تؤدي إلى الموت أو تهدد بالموت ، أو الإصابات الخطيرة ، أو تهديد شخص ما في سلامته الشخصية ، أو مشاهدة حدث موت ، أو إصابة ، أو تهديد لسلامة وحياة الآخرين ، وكذلك معرفة أي حدث أو موت مفاجئ ، الإصابات الخطيرة أو حوادث تهدد بموت أو إصابة أحد أفراد الأسرة أو أحد المقربين من الشخص .

**الاضطرابات المصاحبة :**

وردفي (DSM IV-1994) أن لأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة قد يعانون من تأنيب الضمير الشديد لبقاءهم على قيد الحياة بينما هلك ومات آخرون ، أو لفعل أشياء كان يجب القيام بها ليكونوا على قيد الحياة . تجنب الأحداث والمظاهر ربما يؤثر على العلاقات الخاصة مثل الخلافات الزوجية ، والطلاق ، فقد الوظيفة .كما يتوقع وجود هلاوس سمعية ، وتفكير بارنودي (Paranoid Ideation) في الحالات الحادة والمزمنة . الأعراض التي يتعرض لها الفرد عادةً ما تحدث بسبب التعرض لصدمات وضغوط من أشخاص آخرين مثل الإعتداء الجنسي و البدني على الأطفال ، الضرب من أشخاص قريبين للشخص تؤدي هذه الإعتداءات إلى مجموعة من الأعراض مثل تدمير الذات ، الأعراض الأنشقاقية (Dissociative Symptoms) ، شكاوي جسمية ، الإحساس بالعار والإحباط وفقدان الأمل...إلخ.اضطراب ما بعد الصدمة يكون كذلك مصاحباً للزيادة التي تحدث في اضطراب الإكتئاب الرئيسي ، والاضطرابات الناتجة من تناول (بعض المواد)، اضطراب الهلع ، الخوف المرضي الوسواس القهري ، اضطراب القلق العام ، الخوف الإجتماعي ، والاضطراب ثنائي القطب .كل تلك الاضطرابات يمكن أن تسبق أو تظهر في نفس الوقت الذي يبدأ فيه اضطراب ما بعد الصدمة .بالنسبة للأطفال الصغار الأحلام المزعجة مما حدث قد تستمر لعدة أسابيع . ثم تتغير لكوابيس عامة في شكل حيوانات مخيفة .ليس لدى الأطفال الصغار عادة الحس بأنهم يعيدون الماضي في حياتهم الحاضرة مثل لعب الطفل بلعب تحتوي على سيارات فيكون لعبه بأن يصدم هذه السيارات مع بعضها البعض هو ناتج عن تجربة حادث مروري تعرض له ، مثل هذا النوع من اللعب ينبغي أن يسجل و يقيم من قبل المحيطين بالطفل مثل الآباء والمعلمين . قد يظهر للأطفال بعض الأعراض الجسمية مثل اضطرابات المعدة ,والآم الرأس .

**الإنتشار :**

توضح الدراسات أن 8% من الراشدين في الولايات المتحدة قد تعرضوا لاضطراب ما بعد الصدمة تقريباً . كما توضح بعض الدراسات أن مابين ثلث ونصف الذين يتعرضون للإغتصاب ، والصراع العسكري والحجز السياسي ، والإبادة الجماعية يعانون اضطراب ما بعد الصدمة (DSM IV-1994) .

**النوبة** :

اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن يحدث في أي عمر حتى في مرحلة الطفولة ، الأعراض عادة ما تبدأ في الثلاثة شهور الأولى بعد الصدمة ،على الرغم من أن الأعراض قد تتأخر لشهور أو سنين قبل أن تظهر(DSM IV-1994) .

**المهيجات (Triggers) :**

ذكر شيرالدي(1999) أن هنالك بعض المهيجات التي تذكرنا بالحادثة الصدمية ، او الذكريات الصدمية ، هذا الربط قد يكون واضحاً أو خفياً ، فقد تستثير هذه المهيجات أغلبية الذكريات او جزءًا خاصاً منها , كما أنها قد تتدخل وتحدث ضد إرادتنا.و معرفة هذه المهيجات ربما يساعدنا للسيطرة على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ويرى البعض أنه من المساعد فهم هذه المهيجات التي تم تقسيمها الى عدة أنواع وهي :

1. البصري (Visual) : رؤية الدم قد تذكر الشخص بالأجسام المصابة .
2. السمعي (Auditory) : صوت عادم السيارة قد يذكر المحارب بإطلاق النار أثناء الحرب .
3. الشم (Olfactory) : رائحة المني قد تذكر باعتداء جنسي .
4. التذوق (Gustatory) : أكل ساندويتش من الهامبرقر ربما يذكر الشخص بحادث مروري وقع بعدما تحرك بسيارته من مطعم للأكل السريع .
5. جسدي : شد العضلات والاستلقاء على الظهر مع اغماض العينين ربما يذكر بحادثة اعتداء جنسي .
6. التواريخ والمواسم المهمة :
   - الذكرى السنوية للصدمة .
   - أن تكون الأم في حالة توتر وضغط نفسي لأن ابنها الذي قتل كان من المفترض أن يتخرج من الجامعة في هذا الوقت .
7. الأحداث المهيجة والضاغطة :
   - النقد من صاحب العمل يذكر بسوء المعاملة التي كان يعانيها من الأب .
   - النقاش الحاد مع الزوجة يذكر بنقاش عنيف بين الأبوين .
8. الإنفعالات القوية :
   - الاحساس بالوحدة يذكر بالعزلة والهجر .
   - الاحساس بالسعادة ربما يذكر المرأة بحادثة اغتصاب تعرضت لها بعد تناول وجبة العشاء مع أعز أصدقاءها .
9. الأفكار : نبذ من شخص عزيز قد يقود للاعتقاد أنه غير مستحق ، وهذا يذكر بنفس الفكرة التي حدثت عندما تعرض الشخص لسوء معاملة عندما كان طفلاً .
10. النشاطات : قيادة السيارة تذكر بحادث مروري مروع .
11. الربط (Combination) : السير ليلاً قد يذكر بحادث إجرامي .

**المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة :**

وهي في (DSM IV-1994)كما يلي:

أ. على الشخص الذي تعرض لحدث كارثي أن يكون قد تعرض للأثنين التاليين :

1. قد تعرض الشخص أو شارك في حدث أو أحداث أدت إلى الموت الحقيقي، أو التهديد بالموت والإصابات الخطرة ، أو تهديد سلامة الشخص الجسدية أو الآخرين .

2. إستجابة الشخص لتلك الأحداث تتمثل في خوف شديد ، فقدان الأمل و الفزع مع العلم بأن الأطفال قد يعبرون عن مخاوفهم واحباطاتهم من الصدمة عن طريق السلوك الهياجي والعبثي .

ب. يعيد الفرد التعبير عن الحادث الصدمي بشكل دائم بواحد أو أكثر من الطرق التالية :

1. تذكر الحادث المؤلم بشكل معاود ومقتحم للفكر , ويتضمن ذلك التخيلات (أو الصور العقلية) والأفكار والإدراكات.

* بالنسبة للأطفال الصغار قد يعبرون عن تعرضهم للصدمة في اللعب المتكرر بلعب يرمز للصدمة التي مروا بها .

2. أحلام مؤلمة ومتكررة من الحادث - بالنسبة للأطفال تكون هناك أحلام مخيفة دون معرفة لمحتوى الحلم .

3. تصرف الفرد وشعوره يكون كما لوكانت الحادثة الصدمية تعاود الحدوث من جديد ، ويتضمن ذلك الاحساس بأن الفرد يعيش الخبرة مرة ثانية ، الأوهام ، الهلاوس ،وسلسلة من استرجاع الأحداث المفككة ويشمل ذلك ما يحدث في حالة اليقظة وحالات التسمم .

بالنسبة للأطفال قد تحدث إعادة تمثيل الحادث الصدمي .

4. ضيق نفسي شديد عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه .

5. رد فعل عضوي عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه .

ج.تجنب دائم للمتغيرات المرتبطة بالصدمة ، وخدرللاستجابة العامة غير موجود قبل الصدمة و قد يظهر في ثلاثة أشكال أو أكثر ممايلي :

1. بذل الجهد لتجنب الأفكار والمشاعر أو النقاشات المرتبطة بالصدمة .
2. بذل الجهد لتجنب الممارسات والأماكن والأشخاص الذين يتسببون في تذكر الصدمة .
3. العجز عن استرجاع جانب مهم في الصدمة .
4. تناقص ملحوظ في الميول والاهتمامات أو في الاشتراك في الأنشطة المهمة .
5. احساس بالانفصال أو الغربة عن الآخرين .
6. ضعف في الجانب الوجداني مثل عدم القدرة على أن تكون للفرد مشاعر الحب .

7. الاحساس بأن المستقبل سيكون قصيراً حيث يتوقع الشخص أن لا تكون له مهنة ، أو زوجة، أو أطفال ، وأن لا يعيش العمر الطبيعي للحياة .

د.أعراض مستمرة من المثيرات المتزايدة " التي لم تكن موجودة قبل الصدمة " كما يتضح بأثنين أو أكثرمما يلي :

1. صعوبة الاستمرارية والعمق في النوم .
2. التهيج ونوبات الغضب الحادة.
3. صعوبة التركيز .
4. التيقظ الزائد .
5. استجابة مبالغ فيها من الشرود.

ه.استمرار الاضطراب والأعراض في المعايير (ب)(ج)(د) أكثرمن شهر .

و.يتسبب الاضطراب من الناحية الطبية في ضيق شديد قد يشكل إعاقة في الجانب المهني أو أي جانب آخر مهم .

**تحديد نوعية الإضطراب :**

حاداً: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة شهور .

مزمناً: إذا إستمرت الأعراض ثلاثة شهور فأكثر .

* كذلك علينا تحديد إذا كانت بدية الإضطراب متأخرة ، بمعنى إذا كانت الأعراض بدأت في الظهور بعد ستة شهور على الأقل من الحادث الصدمي .

## العلاج:

**العلاج المعرفي السلوكي :**

بالنسبة للعلاج نورد ما ذكره عادل محمد (2000) بأن التعلم الشرطي يعد هو الأسلوب الذي يلعب الدور الرئيسي في نشأة هذا الاضطراب ، ومن ثم فإن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي هما الأكثر شيوعاً والأفضل في نتائجهما في هذا الميدان ، وإن تفوق العلاج المعرفي السلوكي نظراً لاعتماده على فنيات انفعالية تعتمد على استخراج المشاعر العميقة والـتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً في حكمه على المواقف ، و يصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته .

ويمكن في هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة تتضمن الشعور بالذنب نظراً لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة ، والأفكار التي تتوارد على ذهنه . ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية

سلبية على أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة . كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التوكيدي حتى نساعده على أن يسترد ثقته بنفسه تلك الثقة التي افتقدها على أثر الصدمة ، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوباً بالمساندة الإجتماعية سواء من باقي أعضاء الأسرة أو من الأصدقاء أو من الهيئات المختلفة في المجتمع .

كذلك يمكننا في هذا الأطار تعلم استراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات ، وأن نعمل على التخفيف أو التخلص من الإنفعالات الحادة المترتبة على الأزمة . وهنا يمكننا أن نستخدم فنية التعريض ومنع الإستجابة سواء كان هذا التعريض واقعياً أم تخيلياً وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه . ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجاً ، وهنا نستخدم التحصين التدريجي ضد القلق أو فقد الحساسية المنظم. كما يمكن ان يكون التعريض غير متدرج ، وهو الأمر الذي يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر (Flooding) وذلك بأن يستحضر الفرد في ذهنه كل الأحداث المرتبطة بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق ، ويتبعه اختفاء تلك الأفكار التي تقتحم عقله ، كما تختفي أيضاً اضطرابات النوم .

ومن ناحية أخرى يمكن استخدام التدريب على الإسترخاء على أن يكون ذلك مصحوباً بتمرينات كالغمر مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمي وعزلها ، ويمكنه من أن يعايشها بشكل متكرر وهو الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى خفض القلق .

هذا ويجب أن تتضمن إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي تمكين الفرد الضحية من القيام بما يلي:

1. إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنىً متسقاً في العالم وذلك بمقارنة ذلك الفرد بمن هم أقل حظاً منه ، والنظر إلى الإستفادة الممكنة من تلك الخبرة .
2. إيجاد معنى وغرض في تلك الخبرة .
3. تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث .
4. البحث عن المساندة الإجتماعية .

ويرى إليس Ellis أن العديد من ضحايا اضطراب ما بعد الصدمة يساعدون إلى حد كبير في شعورهم بالكرب أو الضيق النفسي من خلال اعتقاداتهم اللاعقلانية أو المختلفة وظيفياً ، وحتى يتم التخلص من مخاوفهم وقلقهم فإنه يفضل التعامل معهم من خلال إعادة البنية المعرفية والتعريض . ويقترح نموذجاً للعلاج يعرف بنموذج تجهيز المعلومات (Information Processing Mode) أنه يعمل فقط على مواجهة التشويهات المعرفية أي اللامنطقية وغير الواقعية كأن تعتقد إحدى المريضات مثلاً أن السبب في اغتصابها يرجع إلى ذلك الخطأ الذي ارتكبته والتي كان يجب عليها ألا تفعله والمتمثل في تأخرها ليلاً خارج المنزل ، ولهذا فهي تافهة ولاقيمة لها (مع أن التأخير في هذا المثال له دور كبير فيما حدث ، وإن لم يكن هو كل شئ حيث يجب أن يكون هناك رادع قوي يحول دون حدوث ذلك علماً بأنها قد تكون معذورةً

في تأخرها ) وذلك بدلاً من التركيز على مجموعة اليجبات والينبغيات (جمع "يجب وينبغي" إن جاز ذلك ) الصارمة التي تعد هي المنبع الرئيسي لتلك التشويهات وما يرتبط بها من مشاعر سلبية والتخلص منها ، ومن ثم يجب التعامل مع هذا العزو الذاتي وتحميل المسؤلية للذات فيما حدث ، وبالتالي الحط من قيمة الذات ، ويمكن أن نستعين في هذا الصدد بفنية إعادة العزو والتدريب عليها نظراً لأن الحدث الصدمي يكون لا دخل للفرد به حيث لم يرد أن يحدث ذلك ولم يتمنه لنفسه أو حتى لغيره ، ولهذا يتم تحديد الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها .

وإلى جانب ذلك يمكن اللجوء إلى فنية التدريب على إدارة الضغوط وإدارة القلق . والأكثر والأهم من ذلك ان يبدأ العلاج فوراً وبأسرع ما يمكن ودون أي تأخير أي نبدأ فيه بعد الموقف الصدمي مباشرة على أن يكون ذلك العلاج مختصراً أو موجزاً فلا يستغرق وقتاً طويلاً .

ورأى الباحث الإشارة إلى اضطرابين ربما يكونان بداية أو امتداداً لاضطراب ما بعد الصدمة وهما :

**أ/ اضطراب الضغط الحاد :**

وهوكما جاء في (DSM IV-1994) اضطراب يظهر في الأسابيع الأربعة الأولى من الأحداث الكارثية ، كما يتم التخلص من الأعراض والشفاء منها في نفس هذه الفترة .
أما أعراض هذا الاضطراب فقد جاءت في(ICD-10-1992) كالآتي :

1. تظهر نمطاً مختلطاً ومتغيراً ، اضافة إلى الحالة الأولية من الذهول ، الإكتئاب ، القلق ، الغضب ، الإحباط ، النشاط الزائد ، كما يمكن أن نرى بعض هذه الأعراض لفترة طويلة .
2. يكون التحسن سريعاً خلال ساعات قليلة لمعظم الحالات التي يكون الابتعاد من مكان الحدث الضاغط ممكناً ، أما في الحالات التي يستمر فيها الحادث الضاغط أو لا يمكن إيجاد بدائل بطبيعة الحدث ، فإن الأعراض تبدأ في الإنخفاض بعد 24-48 ساعة ، وتكون قليلة جداً عادة بعد ثلاثة أيام .

**ب/ رد فعل الضغط المتأخر :**

تشير الدراسات التي تناولت الآثار البعيدة الناجمة عن الحروب إلى أن بعض الناجين من الحرب العالمية الثانية قد أظهروا اضطرابات بعد ما قارب نصف قرن من الزمان عبد الخالق( 1998) ، و قد ذكرت دراسات فرنسية معاناة أسرى الحرب العالمية الثانية لعدد من الضطرابات النفسية والجسدية ، بعض هذه الاضطرابات كان حاداً ، أما بعضها الآخر فقد تأخر ظهوره عشرات السنوات محمد النابلسي (1991) .

**ثانياً : الإكتئاب**

لغة: أصله كأب والكآبة بالمد سوء الحال والإنكسار من الحزن ، وقد كئب من باب سلم وكَأْبةً أيضاً بوزن رهبة فهو كئيب وامرأة كئيبة وكأباء بالمد ، واكتأب مثله الرازي (1976) .

وجاء في لسان العرب الكآبة سوء الحال والإنكسار من الحزن ، وكئب يكأب كأبا وكأبةً وكآبة كنشأة ونشآة ورأفةً ورآفة ، واكتأب إكتئاباً حزن واغتم وانكسر فهو كئب وكئيب ، وفي الحديث (أعوذ بك من كآبة المنقلب ).الكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن وهو كئيب ومكتئب ، ورماد مكتئب اللون إذ ضرب إلى السواد كما يكون وجه الكئيب ابن منظور(1994) .

**تعريف الإكتئاب :**

لم ترد تعريفات دقيقة للإكتئاب واكتفى كثير من علماء النفس بذكر الأعراض الأكلينيكية المصاحبة له والحالة التي يكون عيها المكتئب. لكن يمكن تعريفه بأنه مجموعة أعراض إكلينيكية قوامها الكآبة المؤلمة وصعوبة في التفكير وفقدان النشاط الحركي والنفسي ، يغلفها القلق والأفكار المتسلطة محمد عبد الوهاب (1998) .

وقد نقل تاج السر حسن (2002) تعريفين للإكتئاب لصبري جرجس وحامد زهران ، أما صبري جرجس فيعرف الإكتئاب بأنه (حالة تتميز بالانقباض في المزاج ، واجترار الأفكار السوداء ، والهبوط في الوظائف الفسيولوجية وقد يصحب الإكتئاب المرض النفسي ، او بعض الأوجاع العقلية المرضية أو قد يكون أحد طوري المرض العقلي المعروف بذهان الهوس والإكتئاب ، أو قد يحدث نتيجة لمشقة ما من قبيل الإستجابة المرضية لها .ويعرف حامد زهران الإكتئاب بأنه : حالة من الحزن الشديد المستمر وتنتج عن الظروف المحزنة والأليمة وتعبر عن شيء مفقود ، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي .

وقد تعددت النظريات النفسية التي تناولت الاكتئاب، ومن أهم هذه النظريات:

**1. النظريات القديمة :**

أطلق عليه أبو قراط إسم ملانخوليا (Melancholia) والذي اعتبر أن هذا المرض ينشأ نتيجة لتأثيرات المرارة السوداء (Black Bile ) والبلغم (Phelgm) على الدماغ ، حيث إن هذه المادة تؤدي إلى اسوداد في المخ والروح محمد سيد فدوي المغيربي( 2005 ) . وقد بين أرسطو(370) قبل الميلاد أن المالينخوليا موجودة عند كل المفكرين والشعراء والفنانين والحكام تاج السر حسن( 2002 ) .

ويذكر تاج السر حسن (2002) أن كرابلين (1921) يعتبر أول من فرق بين العديد من الأمراض مثل الهوس ، والمالينخوليا ، وقدم وصفاً إكلينيكياً رائعاً لكل نوع من أنواع هذه الأمراض فقد ميز بين الجنون الإكتئابي – الهوس – عن بقية الأمراض الأخرى .. وأوضح أن الإكتئاب مرض منفصل عن الهوس .

**2. النظرية النفسي ديناميكية :**

فسر فرويد وإبرهام الإكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية ، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى ، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية ، والإلتحام والنبذ . وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص . ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته نحو الأنا ، ومن هنا يبدأ المكتئب في الإنغلاق والعدوان الذاتي ، واتهام الأنا والإحساس بالدونية ، والتي تطلق الميول الإنتحارية ، أما نوبات الابتهاج فهي تعبر عن الحرية الطفلية في إطلاق العنان لكل غرائزه أحمد عكاشة (بدون تاريخ) .

3.**النظرية المعرفية :**

يلخصها رائدها الدكتور رابيل في أن الإكتئاب هو اضطراب في استراتيجية التفكير ، وتكوين نظم فكرية سالبة ناحية الذات والعالم والمستقبل ، من ثم يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفي أحمد عكاشة (بدون تاريخ ) .

**4.نظرية التهيؤ (براون وهايبس) :**

يعتمد الإكتئاب هنا على :

1. التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة .
2. عوامل التهيؤ :

أ. فقدان الأم قبل سن الحادية عشرة .

ب. وجود ثلاث أو اكثر من الأطفال عمرهم أقل من أربعة عشر عاماً .

ج. غياب الإحساس العاطفي الدافئ مع الزوج ، أو علاقة أخرى دافئة تساند الفرد إجتماعياً .

د. العطالة أو وظيفة مؤقتة .

وقد عززت الأبحاث العاملين الثالث والرابع ، خاصة المساعدة الإجتماعية عند التعرض لكرب ، ولكن لم يتبين صدق العاملين الأول والثاني أحمد عكاشة (بدون تاريخ ) .

**5.النظرية البيوكيميائية :**

اكتشف عقار (ايربونيازيد (Irpniasid) المضاد للإكتئاب في الخمسينات ، والذي كان يستخدم في علاج الدرن ، وقامت بعد ذلك نظرية بناءً على تجربة قام بها سيكتور( 1963) أن هذا العقار يعمل كمثبط لخميرة (المونامين أو كسيدز) وخاصة أمينات الكاتيكول (Catico Amine) وتشمل : (النورادرينالين ، والدوبامين) . وقد تبين من التجارب البيوكيميائية أن (الدوبامين DOPAMIN) يتخلق بدوره من الدوبا وهذه تتخلق من (مينابوليا) من (الأمين الأحادي) المسمى (بالتيروسين TYROSINE) ، وقد أوضحت التجارب أن التيروسين والدوبا يزيلان الكآبة التجريبية التي تسببها مادة (الرزبين) . وهكذا انتهى إلى أن أمينات الكاتيكول يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعال المرح والاكتئاب تاج السر حسن (2002) .

**أعراض الإكتئاب :**

تذكر إنعام محمد (2005) أن أعراض الإكتئاب يمكن تقسيمها إلى اربع أقسام رئيسية وهي :

1- **تغيرات المزاج** :

وهو عرض مميز للإكتئاب ،حيث تتمثل أعراضه في شعور الفرد بالحزن والأسى واليأس ،أو عدم الجدوى من الحياة.

**2- تغيرات إدراكية :**

مثل الضلالات والهلاوس السمعية والبصرية ،عدم التركيز وصعوبة في اتخاذ القرار،كما يواجه الشخص صعوبات أكبر في إنجاز الأشياء .

**3- تغيرات جسدية :**

وتتمثل في الإفراط في الأكل واضطراب النوم ، زيادة أو قلة الوزن وفقدان الشهية ، تضاءل النشاط الجنسي ، الشعور بالتعب والاستنزاف ،الشعور بالصداع وآلام الظهر والبطن ، وأوجاع من غير تبرير طبي .

**4- تغيرات سلوكية :**

مثل إهمال الفرد لمظهره العام ،وانعزاله عن المجتمع ، نزاعات مع الزوج والعائلة وفي العمل (يعجز الفرد عن تسليم المطلوب منه في الأوقات المحددة ).

وقد ذكرت زينب الشيخ (1997) عدداً من الأعراض الأخرى للإكتئاب مثل :البرود الجنسي عند المراة ،واضطرابات الدورة الشهرية من ارتفاع الطمث إلى تردده إلى نزيف شديد وهذه سببها اضطراب مراكز الهرمونات في المخ التي تنظمها دائرة الانفعال والتي تضطرب في حالة الإكتئاب . ومن الأعراض كذلك الانتحار وهو أكثر الأعراض خطورة لما يحويه من إنهاء الفرد لذاته ، ويكثر بين المسنين وذوي الشخصية المتكاملة السوية في الحالات الحادة الشديدة ، وأحياناً يصاحب الانتحار قتل بعض أو أحد الأقرباء الأعزاء ، وذلك ليس رغبة في القتل إنما اعتقاد منه أنه ينقذ أحباءه فهولا يستطيع تركهم يعانون كما يعاني .

أما محمد سيد و فدوى المغيربي (2005) فيضيفوا بعض الأعراض للإكتئاب عند الأطفال وهي :

1. انخفاض ملحوظ في الأداء الدراسي .
2. ازدياد حالات الهياج والعصبية والصراخ .
3. استخدام المواد المخدرة .
4. عدم الرغبة في التعاون والانصياع للأوامر .

**تشخيص الإكتئاب :**

يعتمد التشخيص الفارق للإكتئاب بالدرجة الأولى على ما يأتي كما جاء في (DSM IV-1994) :

1. وجود نوبة اكتئاب جسيم مفردة .
2. لا تعلل النوبة الاكتئابية من خلال اضطراب فصام وجداني ، وهي ليست متراكبة على فصام أو اضطراب فصامي الشكل أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد في مكان آخر .
3. لم يكن أبداً ثمة نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو نوبة تحت هوسية .

ويضيف نزيه حمدي (2008) أن جملة أعراض الإكتئاب التي يعاني منها الفرد يجب ان تكون يومياً ولمدة متواصلة لا تقل عن أسبوعين .

**مآل ومصير الإكتئاب :**

يختلف سير المرض تبعاً للفرد ونوع وشدة الكرب ولكن عادة ما ينتهي الاضطراب إذا كان شديداً أوخفيفاً بالشفاء والتحسن الكامل، وتختلف مدة المرض اختلافاً شديداً ، ولكن غالباً ما تتراوح بين ستة شهور إلى سنة كاملة ، وذلك إذا تركنا المرض دون علاج أو تدخل ، لكن بالعلاجات الحديثة نستطيع أن نقلل فترة المرض إلى مدة تتراوح بين (4-8) ساعات أحمد عكاشة (بدون تاريخ).

وتوجد بعض العوامل التي تساعد في احتمال شفاء المريض بسرعة لخصها أحمد عكاشة (بدون تاريخ) في الآتي :

1. النوبة الأولى : فإذا كان المريض قد عانى من عدة نوبات متكررة من قبل يقل احتمال شفائه عن المريض الذي يعاني من النوبة لأول مرة .
2. يعطي ظهور المرض فجأة فرصة أحسن للتحسن عن زحف المرض ببطء نحو المريض .
3. تتحسن الاضطرابات التي تحدث تلقائياً دون مسببات ، حيث يلعب الاستعداد الوراثي هنا دوراً قوياً .
4. كلما قل سن المريض ، تحسنت فرصته للشفاء .
5. تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للأمراض الوجدانية .
6. تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى احتمالات كبيرة في الشفاء .

أما العوامل التي تسيء إلى مصير المرض فقد لخصها (أحمد عكاشة بدون تاريخ) في الآتي :

1. النوبات المتكررة ، خاصة نوبات الإكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .
2. إذا زادت سن المريض عن (50) سنة عند بدء المرض .
3. ظهور أعراض إكلينيكية مميزة مثل : توهم العلل البدنية ، اختلال الآنية ، أعراض عصابية غامضة ... الخ .

ويمكن تلخيص مصير الإكتئاب كالآتي فحوالي (10- 15 %) يعانون من نوبة واحدة ولا يتكرر ، وحوالي (10 %) يصبح الإكتئاب مزمناً بعد النوبة الأولى ، حوالي (80 %) يتعرضون للنكسات طوال حياتهم .

وتشيرالأبحاث الحديثة إلى أنه توجد نسبة تتراوح بين (10- 15 %) من مرضى الإكتئاب الشديد يتحولون بعد النوبة الأولى إلى إكتئاب مزمن أحمد عكاشة (بدون تاريخ) .

**العلاج :**

يذكر أحمد عكاشة (بدون تاريخ) عدداً من الوسائل لعلاج الإكتئاب أهمها :

1. **العلاج النفسي والإجتماعي :**

يتجه العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشاكل المريض ، وصراعاته الداخلية ، وإعطاء الأمل بالشفاء ثم تشجيعه على مقاومة هذه الأفكار السوداوية .

وكذلك تشجيع المريض على محاولة القراءة والاختلاط من غير أي ضغط عليه ، وأكثر العلاجات النفسية المستعملة في الإكتئاب هي : العلاج النفسي المعرفي ، والعلاج النفسي عبر الشخصية .

2. **العقاقير :** رغم أن لبعضها آثار جانبية . واستعمال العقاقير مع العلاج النفسي هو أحسن السبل لمواجهة الإكتئاب والوقاية منه .

3. **العلاج بالجلسات الكهربائية :**

هي أقوى علاج ضد الإكتئاب ، كما أن الإكتئاب أكثر الأمراض استجابة لتطبيق العلاج الكهربائي ، مع أنها لها أيضاً بعض الآثار الجانبية .

4. **العلاج بالجراحة :**

تجرى العملية الآن في حالات الإكتئاب الشديد التي لا تستجيب لعدة محاولات من العقاقير والكهرباء المصحوبة بتوتر مستمر وبأفكار انتحارية دائمة ، وذلك في شخصية سوية قبل المرض حتى لا يتعرض المريض لخطورة إنهاء حياته إن ترك دون علاج فعال .

**ثالثاً : القلق**

القلق لغة : هو الإنزعاج وقد قلق من باب طرب فهو قلق ، يقال بات فلان قلقاً الرازي( 1976).

اما نفسياً فهو حالة توتر شامل يستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو متخيل الحدوث ، ويصحبها خوف غامض و أعراض نفسية وبدنية حمدي وأبو طالب(2008) .

أما محمد عبدالوهاب (1998) فأورد تعريفاً للقلق وهو: عدم ارتياح نفسي وجسمي في الوقت نفسه ، ومن الناحية النفسية يتميز بخوف وعدم الأمن وشعور بكارثة وشيكة ، ومن الناحية الجسمية يتميز بانطباعات أليمة من الانقباضات الصدرية أو الرئوية .

أما إنعام محمد (2005) فتعرفه بأنه عبارة عن شعور بغيض بالتوتر والخوف وتوقع الشر بدون سبب واضح وهويختلف في ذلك عن شعور الخوف الذي يتعلق بموقف أو شيء في البيئة .

ومفهوم القلق من أكثر المفاهيم وروداً في الكتابات المختلفة التي تتناول الصحة النفسية ويعد فرويد من أوائل من تحدثوا عن القلق حمدي وأبو طالب (2008) .

**الأساس النظري للقلق :**

ذكر تاج السر حسن (2002) عدداً من النظريات التي تفسر منشأ القلق وتطوره إلى حالة من المرض النفسي وهذه النظريات هي :

1. نظرية ترى أن القلق في الأصل متصل بالخوف ، ومتفرع منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط ، وتنتهي هذه العمليات بنسيان المصدر الأول الذي أثار الخوف .
2. نظرية (فرويد) ، والتي تشير إلى أن طبيعة الإنسان هيأت له إمكانية كبت التجارب النفسية المؤلمة في سنوات الطفولة الأولى ، وأن القلق هو خوف داخلي، وإحساس الفردية ما هو إلا إشارة أو إنذار للنفس .
3. نظرية الصراع النفسي : تفيد أن القلق هو النتيجة الطبيعية المسيطرة عند التعارض بين قوتين عاطفيتين . وهذا التعارض تجربة أساسية في الحياة الإنسانية ، ولا بد من قيام هذا التعارض ، بسبب نمو الإنسان ، والأخذ في الإعتبار بالنظام والمقاييس في مجتمعه .
4. وهناك نظرية ترى أن القلق يتسبب عن توافر أحد الحالتين : الحالة الأولى الخوف من الأذى ، والثانية الخوف من فقدان الحب ، وفي وقت لاحق من نمو الفرد تتفرع أسباب أخرى من هذين السببين الأساسين ، ويستطيع كل سبب من هذه الأسباب الفرعية أن يثير حالة من القلق أيضا .

**أنواع القلق :**

يذكر محمد عبد الوهاب (1998) أن لاضطرابات القلق ست فئات فرعية وهي :

1- المخاوف الشاذة وتشمل ثلاثة انواع هي :

أ- الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة .

ب- المخاوف الإجتماعية .

ج- المخاوف البسيطة .

2- الوسواس القهري .

3- الهلع .

4- القلق العام .

5- الأنصاب التالي للصدمة ( اضطراب مابعد الصدمة ) .

6- القلق غير النمطي .

**الأعراض الإكلينيكية للقلق :**

وقد قسمتها غادة محمد (2001) إلى نوعين هما :

**1/ الأعراض الجسمية :**

وتتمثل في الضعف العام ، نقص الطاقة الحيوية ، النشاط والمثابرة ، توتر العضلات ، النشاط الحركي الزائد والتعب ، الصداع المستمر الذي لا يهدئه الإسبرين ، تصبب العرق وارتعاش الأصابع ، برودة الأطراف ، شحوبة الوجه ، سرعة النبض والخفقان ، اضطراب التنفس ، الدوار والغثيان والقيء ، الإسهال وزيادة مرات الإخراج ، الإنتفاخ وعسر

الهضم ، جفاف الحلق والفم ، فقدان الشهية ونقص الوزن ، إرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء ، اضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء ) .

**2/ الأعراض النفسية :**

وتتمثل في القلق العام ، القلق على الصحة والعمل والمستقبل ، العصبية والتوتر العام ، الشعور بعدم الراحة ، الحساسية النفسية الزائدة وسهولة الإستثارة والهياج وعدم الإستقرار ، الخوف بصفة عامة والخوف الذي قد يصل إلى درجة الفزع والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات ، الهم والإكتئاب العابر ، اضطراب قوة الملاحظة ، ضعف القدرة على العمل والإنتاج ، سوء التوافق الإجتماعي والمهني .

كما أضاف أحمد عكاشة (بدون تاريخ) عدداً من أعراض القلق المزمن مثل : آلام عضلية فوق القلب ، وصعوبة في البلع ، أو الشعور بغصة في الحلق ، أو سوء الهضم والقيء أو الإسهال أو الإمساك ، ضيق الصدر وعدم القدرة على التنفس وأحياناً مايؤدي ذلك إلى الإغماء ,وكثرة التبول ، ضعف الإنتصاب أو فقدان القدرة الجنسية ، أو سرعة القذف . حب الشباب والاكزيما والارتكاريا والصدفية والبهاق ، وسقوط الشعر . كان ما سبق جزءاً من الأعراض الجسمية ، أما الأعراض النفسية فمثل : الخوف والتوتر او التهيج العصبي ، عدم القدرة على التركيز ، فقدان الشهية للطعام ، شرب الخمر ، أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة . أما الأعراض النفسجسمية فهي : ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية بالقلب ، الربو الشعبي ، روماتيزم المفاصل ، قرحة الإثني عشر ، الصداع النصفي ، و الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

وقد ذكرأحمد عكاشة (بدون تاريخ) أن لعامل السن أثره في نشأة القلق ، فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة ، والشيخوخة ، فيظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين ، فيكون في هيئة خوف من الظلام ، والغرباء ، والحيوانات ، والأطفال الكبار ، أو الخوف من ان يكون الطفل وحيداً بالمنزل ، او يظهر في هيئة أحلام مزعجة ، أو فزع ليلى ....الخ.أما في المراهقة فإن القلق يأخذ مظهراً آخر من الشعور بعدم الإستقرار ، والحرج الإجتماعي ، خصوصاً عند فعالية الجنس الآخر ، والإحساس الذاتي بشكله وجسمه ، وحركاته ، وتصرفاته ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء مع الشكوى من علل بدنية مختلفة بالنسبة للعادة السرية والاستمناء الليلي ، ثم يبدأ القلق على حجم العضو التناسلي ، مع الخجل والحياء الشديدين وأحياناً يظهر في المراهقة التلعثم في الكلام . وتقل اعراض القلق في سن النمو لتظهر ثانياً في سن الشيخوخة ، حيث يزيد إستعداد الفرد لظهور هذا المرض .

مما سبق استنتج أحمد عكاشة (بدون تاريخ) أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي ،ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الإجهادأو (المشقة) بكافة أنواعه التي سبق ذكرها .

**مآل ومصير القلق :**

ذكر أحمد عكاشة (بدون تاريخ) وحسب خبرته أن هنالك عوامل تؤدي الى تحسن المرض وعوامل تسيء لمستقبل المرض . والعوامل المهمة التي تؤدي إلى التحسن في مآل المرض هي :

1. تاريخ عائلي سوي مع خلو العائلة من الأعراض العصبية .
2. شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .
3. عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي .
4. حدة بدء المرض ، أي أن الأعراض بدأت فجأة .
5. ذكاء فوق المتوسط .

أما العوامل التي تسيء لمآل المرض كما أوردها أحمدعكاشة(بدون تاريخ) فهي:

1. تاريخ عائلي واضح للعصاب ، مع شخصية عصابية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية .
2. زحف المرض ببطءعلى المريض .
3. طول مدة المرض ، فكلما طالت مدة الأعراض ، قل الأمل في الشفاء .
4. بعض الأعراض الأكلينيكية ، مثل توهم العلل البدنية ، اختلال الآنية ، النفع الذاتي ، الإدمان ، الأعراض القهرية المتعددة ، أعراض الهستريا الانشقاقية .

**العلاج :** وقد أشار أحمد عكاشة (بدون تاريخ )إلى عدد من أنواع العلاج نذكر منها :

**1-العلاج النفسي** :

نتبع في معظم الحالات العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير ،والتشجيع ،والإيحاء ،والتوجيه ،والاستماع إلى صراعات المريض ، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الوقت والجهد والمال ،ولذا يستحسن عدم اتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة ،التي يتطلب علاجها الوقت والمال.

وأكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً في الوقت المعاصر بالنسبة للقلق هو العلاج النفسي المعرفي ،وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير .

**2-العلاج البيئي والإجتماعي** :

كثيراً ما نلجأ إلى إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية ، بل ننصح بتغيير الوضع الإجتماعي ، سواءً العائلي أو في العمل عندما تحتم الضرورة ذلك .

**3-العلاج الكيميائي :**

لا يفيد العلاج النفسي منفرداً في الحالات الحادة ،بل يجب إعطاء بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي ،على أن لاتستمر هذه العقاقير أكثر من ستة أسابيع وقاية ضد الاعتماد إلا في حالات خاصة .

**4-العلاج الكهربائي :**

لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي ، إلا إذا كانت تصاحبه أعراض إكتئابية شديدة ، وهنا سيختفي الإكتئاب . أما المنبه الكهربائي ، فأحياناً ما يفيد حالات القلق النفسي المصحوبة بأعراض جسمية ، والتي تحتاج للعلاج الإيحائي .

**5-العلاج الجراحي :**

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والإكتئاب ، والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي الكيميائي ، أو الكهربائي أو السلوكي ، والتي تشل حياة المريض إجتماعياً ، خاصة في الشخصيات السوية قبل المرض وهنا نلجأ إلى العملية الجراحية بقطع الألياف العصبية الموصلة بين العصب الجبهي في المخ والتلاموس ، أو تقطع الألياف الخاصة بالإنفعال الموجودة في المخ الحشوي ، وبقطع هذه الألياف توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالإنفعال ، ويصبح الفرد غير قابل للإنفعالات الشديدة المؤلمة ، أحياناً ما تجرى هذه العملية بكي هذه المراكز كيميائياً أو كهربائياً وبالتالي يعود المريض للحياة الإجتماعية العادية.

**6-الإعادة الحيوية (Biofeedback) :**

وهي محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفيسولوجية والحشوية عن طريق أجهزة الكترونية خاصة تجعله يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب ، أو مقياس ضغط الدم ، أو أي شذوذ كهربائي في رسم المخ ، بل ويرى المؤشر أمامه منبئاً بحالته المرضية ، ومن خلال الإبصار والسمع ، يستطيع شعورياً التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة .

**رابعاً : الغضب**

لغة : الغضب نقيض الرضى غضب عليه غضباً ، ومغضبة ، أغضبته أنا وتغضب . قال ابن عرفة : الغضب من المخلوقين شيء يداخل قلوبهم ومنه محمود ومذموم ، فالمذموم ما كان في غير الحق ، والمحمود ما كان في جانب الدين والحق ، وأما غضب الله فهو إنكاره على من عصاه فيعاقبه ابن منظور(1994) .

أما نفسياً فالغضب حالة إنفعالية تشتمل على مجموعة من الدرجات ، تبدأ بالغضب البسيط ، كالغضب والإستثارة والضيق ، ثم تنتهي بالغضب الشديد المتمثل بالتخويف والتدمير والعنف ، كما يتسم سلوك الطفل بالهياج الشديد والصراخ والتذمر وليد مراد (بدون تاريخ) .

أما ميخائيل أسعد (1996) فيقول :غالباً ما تستعمل كلمة غضب مقترنة مع الكلمتين (إحباط - عدوان) . وتستخدم أيضاً للإشارة للتجربة الإنفعالية لمشاعر العدوان ، أي لأفعال السلوك المكشوف ذات الطبيعة العدوانية ، وكلمة إحباط لإعاقة تلاحق سلوك قائم موجه لهدف .

**تعريف الشعور بالغضب :**

هوإثارة عاطفية تتبدى بحماس قوي إما بتعبير حركي أو لفظي ، بميل عدواني يصعب في بعض الأحيان ضبطه والسيطرة عليه ، ويعد الجسم موضع التبدلات الفسيولوجية العصبية الملاحظة فنرى في حالة توسيع الشرايين إحتقاناً بالوجه ، أما في حالة الإنقباض فنرى شحوب الوجه واصفراراً فيه كما نرى سرعةً في التنفس وعرقاً يتصبب وهو التعبير الأخير للسلبية وليد مراد( بدون تاريخ) .

**أشكال الغضب :**

وقد قسمه أبو حامد الغزالي (بدون تاريخ )إلى ما يحب الإنسان إلى ثلاثة أنواع هي :

الأول :ما هو ضرورة في حق الكافة كالقوت والمسكن والملبس وصحة البدن فمن تعد بدنه بالضرب والجرح فلا بد أن يغضب وكذلك إذا أخرج من داره التي هي مسكنه أو أريق ماءه الذي لعطشه فهذه ضرورات لايخلو الإنسان من كراهة زوالها ومن غيظ على من يتعرض لها .

الثاني : ماليس ضرورياً لأحد من الخلق كالجاه والمال الكثير والصيت والتصدر في المجالس والمباهاة فمن غاب هذا الحب عليه فلا محالة يغضب إذا زاحمه مزاحم في التصدر للمحافل ... حتى أن ينتهي بعض الجهال بالعادات الرديئة ومخالطة قرباء السوء إلى أن يغضب لوقيل له إنك لا تحسن اللعب بالطيور والشطرنج ...الخ .

الثالث :مايكون ضرورياً في حق بعض الناس دون البعض ،فالكتاب مثلاً في حق العالم مضطر إليه فيحبه ،ويغضب على من يحرقه ويغرقه ، وكذلك أدوات الصناعات في حق المكتسب لا يمكن التوصل إلى القوت إلا بها .

أما وليد مراد (بدون تاريخ) فيقسمه إلى قسمين رئيسين :

1. الغضب الإيجابي : وفي هذه الحالة يظهر على الطفل الصراخ أو الرفض أو كسر الأشياء أو تخريبها ، وعادة تظهر هذه الحالة لدى الأطفال الإنبساطيين (Extroversion) .
2. الغضب السلبي : وتبدو مظاهره في شكل انسحاب وانطواء مع كبت للمشاعر ، حيث نرى الطفل يرفض الطعام أو الذهاب للمدرسة أو الخروج مع والديه ،وتظهر هذه الحالة لدى الأطفال الإنطوائيين (Introversion ).

ويذكر محمد عبد الله (2001) أن الغضب يظهر في شكل الشراهة والنهم للطعام ، فقد بينت بعض النتائج العلمية أن تناول الطعام بنهم غالباً ما يحدث بسبب صعوبة مواجهة الشخص للحالات الإنفعالية السلبية كالغضب والقلق . ويضيف قائلاً : إن الغضب يعتبر أحد الإنفعالات التي يصعب التعبير عنها مباشرة فالكثير من الأشخاص يعبرون عن غضبهم عن طريق الميل لتناول الطعام .

**أسباب الغضب :**

ذكر وليد مراد (بدون تاريخ) عدداً من الأسباب التي تؤدي إلى الغضب وهي :

1. إجبار الطفل على القيام بعمل ما وهو لا يحبه، كأن تأمره والدته بأن يحضر كأساً من الماء لأخته الكبيرة .
2. التعرض لأوامر عديدة مستمرة من قبل والدته مما يساهم في تراكم الضغوط التي تجعله ينفجر غضباً كأن تأمره والدته عدة مرات بأن لا يرتدي هذا الثوب، أولا يستذكر دروسه وهو يشاهد التلفاز أو لا يخرج من البيت – وهكذا ، مما يعرقل من حرية الطفل ونشاطه.
3. تكليف الطفل بأعمال تفوق طاقته ولومه عند التقصير ، مثل أن يحفظ جزءاً طويلاً من دروس المحفوظات أو أن يكمل واجباته قبل الأوان ... الخ .
4. عندما يفقد أحد العابه التي يحبها أو اتلافها من قبل أحد اخوانه .
5. عندما يتم نقده أو لومه أو إغاظته أمام أشخاص لهم مكانة عند الطفل .
6. التدليل الزائد من قبل والديه بحيث يتم الإستجابة لجميع طلبات الطفل ، فاذا حدث في أحد المرات عدم تلبية رغبته يتسبب ذلك في إحداث نوبات من الغضب والصراخ .
7. القسوة الشديدة وحرمان الطفل من تلبية رغباته .
8. عندما يتعرض الطفل لأوامر متناقضة من قبل والديه ، كأن يكون للأب موقف إيجابي نحو كل ما يقوم به الطفل ، بينما للأم موقف مناقض لموقف الأب .
9. حرمان الطفل من الإهتمام والرعاية والمحبة من قبل الكبار .
10. الإخفاق والفشل في الدراسة مما يعرضه لنقد ولوم شديد من قبل والديه .

ويضيف الخليدي و وهبي (1997) عدداً آخر من الأسباب وهي :

1- إذا فشل الطفل في إتمام عمل معين وهنا يكون غضب الطفل نوعاً من الإحباط .
2- قد يكون غضب الطفل بسبب المرض (البرد-الحمى-...الخ) .
3- إذا كان جو الأسرة مليئاً بالقلق والصراع بين الأم والأب .
4- إذا كان غضب الطفل يولد استجابة من أحد الوالدين ثم تلبية الطلب بناء على ذلك ، فيعرف الطفل أنه سيحصل على ما يريد بعد صراخه وعناده وتكسيره أو رفضه وتبرمه وانزواءه .

ويذكر الخليدي و وهبي(1997) بأن علماء النفس التربويين واختصاصيي الأمراض النفسية عن الطفل على أن العمر الذي يمكن أن يقيم فيه سلوك الطفل في العناد والغضب وحب المشاجرة ، يتفقوا بأنه طبيعي إذا كان عمر الطفل بين السنة الثانية والخامسة (2-5) سنوات . أما إذا تعدى الطفل سن الخامسة من عمره فإنه ينظر لغضب الطفل وعناده وحب المشاجرة على أنها نوعاً من المعاناة النفسية للطفل ناتجة عن عدم التكيف الفعلي عنده . وهناك نوعان من عدم التكيف ، أولهما قد يكون عدم التكيف عند الطفل ناتجاً عن صدمة نفسية أو مؤشرات غير سليمة مر بها الطفل في محيطه (الأسري أو المدرسي) والبيئي . ثانيهما عدم التكيف قد يكون كنوع من المرض النفسي عند الطفل وهو من المحتمل استمراره بعد ذلك في حياة الطفل أثناء نموه حتى الكبر .

ويضيف الخليدي و وهبي (1997) بأن غضب الطفل وعناده وميله للشجار يختلف بعد سن الخامسة في مظهره وسماته ، فالطفل في هذا العمر يكون قد كون ثروة لفظية من الجمل والكلمات فيستخدم مخزونه اللغوي للتعبير عن غضبه ، وذلك من خلال التلفظ بالكلام المعبر عن عدم الرضا بل قد يلجأ للتهديد والوعيد والشتم .

**العلاج :**

أما خطوات العلاج بالنسبة للخليدي و وهبي(1997) فهي كالتالي :

1. قد يكون الغضب بسبب التدليل والقسوة ، والحرمان ، إذن لا بد من الرتبية الصحيحة وإشباع حاجات الطفل من غير تدليل ولا حرمان (فخير الأمور الوسط) .
2. لا بد من الشرح وتوضيح الأمور للطفل ومعاملته بحنية وعطف .
3. غرس الشعور بالثقة بالنفس وإشعاره بالأمن والطمأنينة .

4- القدوة الحسنة من الأبوين ، حيث إن الطفل يتأثر بأبيه إذا كان سلوكه حسناً أو قبيحاً ، فإذا كان الأب ينفعل لأي سبب مثل إذا لم يأت الطعام في موعده ، أو عدم إحضار شيء في حينه ، فإن ثورة الأب وغضبه وإنفعاله يولد لدى الطفل نفس السلوك تقليداً لأبيه في غضبه وثورته .

كما ذكر الزبير طه (1995) تسعة تكتيكات وضعها البلخي لعلاج الغضب خمسة منها لعامة الناس وأربعة للملوك والرؤساء وهي :

1- أن يبادر الإنسان باستخدام هذه الوسائل في بداية شعوره بالغضب فانفعال الغضب يتبع مساراً زمنياً يتصاعد منذ بدايته باضطراد سريع وعليه فإن المجهود الذي يبذله في بدايته هوبالضرورة أقل (كالنار التي يمكن اطفاؤها في بدايتها قبل ان تفوق حد السيطرة ).

2- استحضار ما يعرفه عن تأثيرات ثورات الغضب المتكررة على صحته الجسمية والنفسية.

3- التماس الأعذارالممكنة لتبرير تصرفات الآخرين ، فقد تنشأ تلك التصرفات من ظروف قهرية .

4- الوعي بأن التصرفات التي تزعجنا يمكن أن تصدر عنا ايضاً (كل ابن آدم خطاء) .

5- أن يحرص الغضبان أن لايقع بصره على من أغضبه فإن الغضب يتسارع مع امعان النظر اليه.

أما التكتيكات الخاصة بالملوك والرؤساء فهي :

6- استعراض الحالات في التاريخ التي سلك فيها أحد الرؤساء سلوكاً غاصباً عاد (بأعظم الضرر عليه في دينه ودنياه).

7- استعراض الحالات في التاريخ التي تمكن فيها البعض من الرؤساء من كف غضبهم ,واستعملوا الصفح كيف عاد عليهم ذلك بالسمعة الطيبة والاحترام .

8- استحضار حقيقة أن هيجان غضب الرؤساء وسرعة مؤاخذتهم تولد ولاءً ظاهرياً فقط ,وليس ولآءً حقيقياً من القلب .

9- الوعي بأن الرئيس يجب ألا يحكم على مرؤسيه وقت غضبه ، بل يمكن محاكمتهم في أي وقت آخر، وهذا يحقق الحلم ، ثم يضمن الحكم بإنصاف وروية.

وتساعد التكنيكات الأخيرة في الأسرة والعمل المهني ذي الشكل الهرمي.

**خامساً : الاضطرابات الانشقاقية (التفككية)**

وقد صنف هذا الإضطراب على حسب (DSM IV-1994) باعتباره إضطراباً مستقلاً ويعد المظهر الأساسي لهذا الإضطراب هو إعاقة للوظائف المتكاملة للوعي ، والذاكرة ، والإدراك والهوية . وهذا الاضطراب قد يحدث فجأة أو بصورة تدريجية ، كما أنه قد يكون عابراً أو مزمناً . كما أن الاعراض الإنشقاقية نجدها كذلك ضمن مجموعة المعايير التشخصية لإضطراب الضغط الحاد (ASD) واضطراب ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية .

وبالنسبة لأحمد عكاشة (بدون تاريخ ) فإن هذا الاضطراب يحدث عندما يزداد القلق ويصبح غير محتمل ومحطماً لكيان الفرد هنا تبدأ بعض وظائف الشخصية في الانفصال عن الأصل لحماية الإنسان .

هنالك عدة إضطرابات داخل هذا الاضطراب أهمها ما يلي :

**1. فقدان الذاكرة الإنشقاقي : (DISSOCIATIVE AMNESIA)**

يعرف الشقيرات (2005) فقدان الذاكرة : بأنه فقدان المعلومات والخبرات الخاصة والعامة وقد يكون كلياً وقد يكون جزئياً وقد يكون دائماً وقد يكون مؤقتاً. ويمكن تمييزه عن النسيان ، حيث إن المعلومات في حالة النسيان يمكن أن نتذكرها لاحقاً أما في حالة فقدان الذاكرة فهذا لا يحدث. وتنقسم أسبابه إلى نوعين ، فقدان راجع لأسباب نفسية (Psychogenic) أي ان الشخص المصاب لايستطيع استدعاء معلومات معينة بسبب ارتباطها بخبرات سيئة مثل الفتاة التي يصبح لديها فقدان ذاكرة لحادثة اغتصاب. وفقدان ذاكرة عضوي (Organic) راجع إلى تلف في جزء أو أجزاء من الدماغ لها علاقة بالذاكرة.

الميزة الأساسية لفقدان الذاكرة الإنشقاقي هو عدم القدرة على استرجاع المعلومات الشخصية المهمة عادة بسبب حادث صدمي أو لطبيعة ضاغطة ، وهو ما لا يمكن تفسيره بالنسيان العادي ، وهذا الاضطراب يؤثر على الذاكرة الاسترجاعية ، حيث لا يمكن إسترجاع الذكريات في قالب لفظي(DSM IV- 1994 ).

**الإنتشار** :

في السنوات الأخيرة هناك زيادة في حالات النسيان التفككي خاصة في صدمات الطفولة المبكرة, البعض يعزي هذه الزيادة للوعي المتزايد أيضاً من قبل العاملين في مجال الصحة النفسية من التوصل إلى معرفة هذه الحالات التي لم تكن مشخصة من قبل ( DSM IV- 1994).

**المعايير التشخيصية لإضطراب فقدان الذاكرة الإنشقاقي :**

وقد جاءت في (DSM IV-1994 )كالتالي :

أ. الإضطراب المسيطر هو نوبة أو أكثر من نوبات العجز عن استدعاء معلومات شخصية هامة ، وهي عادة من طبيعة ضاغطة أو صدمة ، ولا يمكن تفسيره بالنسيان العادي .

ب.هذا الإضطراب لا يحدث عادة خلال نوبات إضطراب الهوية والشرود الإنشقاقي ، أو إضطراب ما بعد الصدمة ، أو إضطراب الضغط الحاد ، أو بسبب واحدة من الإضطرابات النفسجسمية ، كما أنه ليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة من تعاطي بعض المواد (كالمخدرات أو الأدوية) ، كما أنه ليس بسبب العمليات الخاصة أو أي من الظروف الطبية الأخرى .

ج. يتسبب هذا الإضطراب من الناحية الطبية في ألم شديد ، أضف إلى ذلك أنه يعيق الفرد من وظائفه الإجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي .

## 2. الشرود الإنشقاقي :(Fugue)

يحدث هذا الإضطراب عادة بسبب حوادث صدمية ، أو ضغوط ، أو حوادث الحياة غير الطبيعية . معظم الحالات تكون وسط الراشدين ، والحوادث الفردية هي الأكثر حسب التقارير . قد يستمر الإضطراب من ساعات إلى شهور . والشفاء عادة يكون سريعاً ، لكن اضطراب الشرود الإنشقاقي قد يعاود الظهور بإستمرار في بعض الحالات (DSM IV-1994) .

**المعايير التشخيصية لإضطراب الشرود الإنشقاقي :**

**وهي كما جاءت في** (DSM IV-1994) كالآتي :

أ. الإضطراب يكون مفاجئاً بسبب رحيل غير متوقع من منزل الشخص ، أو مكان عمله المألوف ، يكون ذلك مصحوباً بعجز عن استرجاع ماضي الشخص .

ب.إرتباك الشخص في هويته الذاتية ، أو إعتقاد الشخص أنه أصبح شخصاً آخر (جزئياً أو كلياً).

ج. هذا الإضطراب لا يحدث أثناء نوبات إضطراب الهوية الإنشقاقي كما أنه ليس بسبب أي أثر عضوي (فيزيولوجي) أوبسبب تعاطي مواد معينة مثل المواد المخدرة أو الأدوية او عن أي حالة طبية أخرى مثل الصرع الصدغي .

د : يتسبب هذا الإضطراب في ضغط شديد ، كما أنه يصيب حياة الفرد المهنية والإجتماعية، أو مجالات أخرى مهمة في حياته .

## 3. اضطراب الهوية الانشقاقي (إضطراب تعدد الشخصية سابقاً) (Dissociative Identity) Disorder

يعكس هذا الإضطراب فشلاً في تكامل الأبعاد المختلفة للشخصية ، الذاكرة ، الوعي . كل حالة شخصية ربما ينظر إليها على أنها شخصية لها تاريخها الخاص ، وهويتها ، وصورتها الخاصة، بل إن لها اسماً يميزها عن الأخريات . عادة الشخصية الأساسية التي تحمل إسم الفرد الأصلي تكون (سلبية – اعتمادية – مذنبة – مكتئبة) أما الشخصيات البديلة فدائماً ما يكون لها اسماً وخصائص مقارنة بالشخصية الأصلية مثل أنها (عدائية – مسيطرة - تدميرية) .هذه الشخصيات قد تتفق في بعض الخصائص لكنها قد تختلف في العمر ، النوع ، طريقة الكلام، المعرفة العامة ، والمؤثرات السائدة – كما أن هذه الشخصيات قد تنكر معرفتها ببعضها البعض وقد تكون صارمة وحادة تجاه بعضها البعض بل قد تبدو في حالة صراع مفتوح (DSM IV-1994).

**4. المعايير التشخيصية لاضطراب الهوية الإنشقاقي :**

**وهي كما جاءت في** (DSM IV-1994) كالآتي :

أ.وجود شخصيتين منفصلتين او أكثر( لكل شخصية طريقتها في الإدارك والتفكير حول البيئة والذات).

ب.على الأقل هنالك شخصيتان, أو بعدان للشخصية يسيطران بشكل متكرر على سلوك الفرد .

ج.عدم القدرة على استرجاع المعلومات الشخصية المهمة , وهوما لايمكن تفسيره بالنسيان العادي .

د.هذا الإضطراب ليس بسبب مشكلة عضوية (فيزيولوجية) مباشرة ناتجة عن استخدام مادة معينة مثل التعتيم والسلوك الفوضوي ، للتشويش الناتج من تناول الكحول أو لأي ظروف طبية أخرى .

ملاحظة :

بالنسبة للأطفال هذه الأعراض يجب أن لا تعزى للعب الخيالي مع الأصحاب ,أو لأي لعبة خيالية أخرى .

**اضطراب تبدد الشخصية : (Depersonalization)**

**المعايير التشخيصية كما في** (DSM IV-1994) :

أ. خبرات مستديمة أو معاودة من شعور الشخص بالانفصال عن عملياته العقلية أو جسده كما لو أنه مراقب خارجي لها (مثال ، شعور الشخص وكأنه في حلم) .
ب. يبقى اختبار الواقع سليماً أثناء خبرته الشخصية .
ج. يسبب تبدد الشخصية ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني او مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي .
د. لا تحدث خبرة تبدد الشخصية حصراً أثناء سير اضطراب عقلي آخر مثل الفصام ، أو اضطراب الهلع ، أو اضطراب ما بعد الصدمة ، أو أي اضطراب انشقاقي آخر ، كما أن تبدد الشخصية لا ينجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل ، استخدام عقار ، تناول دواء) أو عن حالة طبية (مثال ، صرع الفص الصدغي)

**الإضطراب الانشقاقي غير المحدد في مكان آخر: (Dissociative Disorder Not Otherwise) Specified**

أدرجت هذه الفئة للاضطرابات التي يكون المظهر المسيطر فيها عرضاً انشقاقياً أي تصدع (Disruption) في الوظائف المعتادة المتكاملة للوعي أو الذاكرة او الهوية أو إدارك المحيط والذي لا يحقق معايير أي اضطراب انشقاقي نوعي تشمل الأمثلة التالية كما جاءت في( DSM IV-1994):

1. تظاهرات سريرية مشابهة لاضطراب الهوية الإنشقاقية والتي تخفق في تحقيق هذا الإضطراب.

تشمل الأمثلة التظاهرات التي :(أ) لا يكون فيها حالتان شخصيتان متمايزتان أو أكثر ,( ب ) لا يحدث نسيان للمعلومات الشخصية الهامة .

2. تبدد الواقع الذي لا يرافقه تبدد الشخصية عند البالغين .
3. حالات الإنشقاق التي تحدث عند أفراد اخضعوا لاستمالة (ترغيب) قسرية مديدة وشديدة (مثل , غسيل المخ أو إعادة تشكيل الفكر أو تشريب المبادئ وهم في حالة الأسر).
4. اضطراب الغيبة الإنشقاقية : اضطرابات وحيدة أو نوبية في حالة الوعي أو الهوية أو الذاكرة, مناسبة (طبيعية) لثقافات ومناطق معينة . تتضمن الغيبة الانشقاقية تضييقاً في الوعي للمحيط المباشر أو سلوكيات نمطية أوتعتبر على أنها خارج سيطرة الشخص تتضمن غيبة التملك أو الاستحواذ لاستبدال الإحساس الإعتيادي للهوية الشخصية , بهوية جديدة وهي تعزى لتأثير روح أو قوى أو إله أو شخص آخر وتترافق مع حركات نمطية لا ارادية أو نسيان.
5. غياب الوعي أو الذهول أو السبات الذي لا يمكن إرجاعه إلى حالة طبية عامة .
6. متلازمة غانسر (Gancer) : تقديم أجوبة تقليدية على الأسئلة (مثال ، إثنان زائد إثنان يساوي خمسة) بدون مصاحبة فقدان الذاكرة أو الشرود الانشقاقي .

**مآل المرض :**

يذهب أحمد عكاشة (بدون تاريخ) إلى تصنيف الاضطرابات الانشقاقية إلى أنها نوع من الاضطرابات التحولية (الهستيرية) لذا فهو يرى أن معظم الأعراض تشفى خاصة إذا بدأت فجأة واستمرت لمدة قصيرة قبل العلاج , من الأعراض السريعة الشفاء فقدان الذاكرة والشرود الانشقاقي.

**العلاج :**

ذكر أحمد عكاشة (بدون تاريخ) عدداً من الخطوات العلاجية منها :

1. الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض ، معنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض ويمكن ذلك بالعلاج النفسي ، أما إذا كان المرض يتميز بفقدان في الصوت او في الذاكرة أو شرود فهنا يكون التفريغ النفسي تحت تأثير التخدير من خلال الحقن في الوريد (أميتال الصوديوم) أو (ميثدرين) ، أو من خلال استنشاق غاز ثاني أكسيد الكربون في الأكسجين ، أو النيتروجين ، لتسهيل عملية التفريغ العقلي .
2. الإيحاء بالشفاء .
3. نلجأ أحياناً بواسطة المنبهات الكهربائية .
4. العلاج الكيميائي لتخفيف حالات القلق و الاكتئاب المصاحبة .

**2-3 دارفور:**

وهو إقليم دارفور الأكبر المكون اليوم من ولايات (شمال دارفور ، جنوب دارفور ، وغرب دارفور) أحمد حقار(2003) الذي يقع شرق جمهورية تشاد ، وشمال جمهورية إفريقيا الوسطى وجنوب الصحراء الليبية ويحد شرقاً بكردفان ، والذي تمتد أرضه بين خطي العرض ($10^{0}$ – $20^{0}$) شمالاً وخطي الطول ($16^{0}$ – $30^{0}$ / $27^{0}$) شرقاً سبيل(2005) .

**الأصل والتاريخ :**

تعني دار في دارفور الوطن منى أيوب (2001 )، أما أصل كلمة فور فقد أورد آركل روايتين في تعريف كلمة "فور" تقول إحداهما بأنهما أبناء "فِر" (fir) بينما ينتمي الفرتيت إلى "فيرات" (firat) وفر وفيرات أخوان ، ولفظة فرتيت ليست اسماً لقبيلة إنما يقصد بها الوثني وتطلق على عدد من القبائل التي تسكن غربي بحر الغزال . وتذهب الرواية الثانية إلى أن الفرتيت كانوا في القديم يعيشون غربي جبل مرة ثم نزحوا إلى بحر الغزال بعد أن حمل عليهم أول السلاطين المسلمين في دارفور , أما من بقي منهم وقبل الإسلام ديناً فسموا بالفور وهي كلمة تطابق معنى أتباع موسى( الحسن 1995).

**أصل شعب دارفور قديماً :**

هنالك عدة روايات تحدثت عن أصل شعب دارفور فهناك رواية تقول بإن شعب "ساو" وهم الذين كانوا يحكمون المنطقة من دارفور إلى حدود كانم وبسطوا نفوذهم على امتدادها أنهم نسل الهكسوس الذين قدموا من شواطئ النيل وقد كانوا عمالقة ابراهيم اسحاق (بدون تاريخ ).

وهنالك رأي يؤكد ارتباط دارفور بمملكة مروي ولهم على ذلك عدة أدلة ،إذ يستدل بعض المؤرخين بأوجه الشبه بين المنظمات الكهنوتية في دارفور وبين ما كانت عليه المنظمات في كوش مما يقطع الشك بأن الأسرة الحاكمة التي انهزمت أمام آكسوم فرت إلى دارفور وأقامت فيها مملكة تحمل كثيراً من الطابع المروي الذي الفته الأسر هناك ابراهيم اسحاق (بدون تاريخ ).

وقد زعم آركل أن الوسائم التي يرسمها الأهالي في دارفور على حيواناتهم كانت في الأصل كتابة هيروغلوفية ، كما عرفت دارفور الزراعة قديماً إذ بدأت بزراعة السهول في جبل مرة والتي تعتبر العمق الأصيل لشعب الفور وهي الزراعة التي عرفها المرويون في أرض كوش ، كما أن الآثار التي ظهرت في جبل أروي ربما تكون ذكرى من قرون مروي التي اختفت وظهرت في تلال دارفور، كما يمكن ملاحظة الشبه بين تسمية جبل مرة ومروي التي تعني الإنتساب لمرة ابراهيم اسحاق( بدون تاريخ ).

**نبذة عن تاريخ عن دارفور :**

يحيط بتاريخ درافور السابق لنشأة سلطنتها المسلمة في القرن السابع عشر الميلادي ضباب كثيف ، فقد حجب طول العهد وانعدام المصادر المكتوبة كثيراً من الحقائق المتصلة بحياة هذا الإقليم في ذلك الزمان الغابر وحلت الأساطيرمحل الرواية الثابتة ،إلا أن المؤرخين اتفقوا بعد تمحيص ومقارنة تلك الأساطير في ضوء نتائج الحفريات الأثرية على بعض النقاط فمن المعتمد أن الداجو أول من أسسوا دولة منظمة في تاريخ دارفور ، ثم أعقبهم التنجر .وخلف هؤلاء أسرة كيرة التي وليت الحكم دون انقطاع من القرن السابع عشر الى سقوط الفاشر في يد الزبير ود رحمة سنة (1874) . ومن المعتمد أيضاً أن مملكتي الداجو والتنجر عاشتا على خدمات العبيد , وتمتع حكامها بسلطات مطلقة ، فانقسم مجتمعها إلى طبقة محظوظة يجلس عند قمتها الملوك ، وأخرى مسودة تضم سواد الناس . لقد عمرت دولة الداجو قرابة الثلاثمائة سنة امتدت بين القرن الرابع والسابع الميلادي ,ثم غشيها الخراب حيث استولى التنجر على شمال دارفور وظلوا يهيمنون على البلاد من القرن الثامن حتى مطلع القرن الثالث عشر حيث داهمتم جيوش كانم وسقطت عاصمتهم عين فرح ، وبقيت لسلاطين كانم اليد العليا في درافور حتى انحسر نفوذهم في بداية القرن السابع عشر موسى الحسن( 1995) .

**دارفور والإسلام :**

تعتبر دارفور أول سلطنة إسلامية قامت في إفريقيا جنوب الصحراء في القرن الثامن الهجري الموافق سنة (1445) ، امتدت فترة سلاطين دارفور لأكثر من خمسة قرون في ظل حكم الشريعة الإسلامية بدءاً بالسلطان شاودرشيت وانتهاءً بالسلطان علي دينار سنة(1916) (ابراهيم اسحاق بدون تاريخ). كان سليمان سولونج (1640-1670) أول المشهورين من سلاطين كيرة ، وقد اتخذ من طُرة في الطرف الشمالي من جبل مرة قصبة حكمة ومن هناك أمتد نفوذ كيرة الى جميع جهات دارفور بيد أن التاريخ سجل له عملاً أجل من حروبه الناجحة تلك ، ذلك أن سولونج أدخل الإسلام في بلاطه وجعله ديناً رسمياً لدولته وعمل على نشر تعاليمه بين الناس موسى( الحسن(1995).

اتسعت السلطنة في عهد سليمان الأول والثاني ، وقد عمل سليمان الثاني على نشر الإسلام واتخذ من (طرة) شمالي جبل مرة عاصمة ، وقام حفيده أحمد بن بكر بن موسى بن سليمان (1682-1722) بمجهود كبير لنشر الإسلام

وتشجيع الفقهاء على الإقامة بدارفور وتسهيل مهامهم بإعفائهم من الضرائب وذلك بعد أن قام هو وابنه بنقل عاصمتهما الى الفاشر الحالية .شهدت السلطنة قمة عظمتها واتساعها في عهد السلطان محمد تيراب (1752-1787) ففي عهده تمت هزيمة الفونج واتسعت السلطنة حتى وصلت أم درمان ، ثم أعقبه أخوه عبد الرحمن الرشيد (1787-1802) أصغر أبناء السلطان أحمد أبكر ، وقد كان صالحاً تقياً يحب العلم والعلماء ففي عهده انتشر العلم في دارفور واتسع نطاق التجارة وقويت شوكة الدين الإسلامي وكانت للسلطنة في عهده صلات خارجية واسعة ، ولقد أسماه بهذا الاسم "الرشيد" السلطان العثماني لما ذيع عنه من عدل ورجاحة عقل وسداد رأي سيد أحمد العقيد (2007).

استمر التأثير الإسلامي يأتي إلى دارفور من عدة إتجاهات: من بلاد النيل ،وعبر كردفان، ومن مصر عبر درب الأربعين ، والواحات الغربية ،ومن تونس والمغرب عبر دروب الصحراء الكبرى ، ومن بلاد السودان الغربي ابراهيم اسحاق (بدون تاريخ).

**طرق الاتصال بالعالم الخارجي :**

اتصل دارفور بالعالم بواسطة طرق عديدة : أحدها طريق الأربعين الذي يبدأ من أسيوط في صعيد مصر و ينتهي عند كومي مسافة خمسة وثلاثين ميلاً شمال غربي الفاشر . يبدأ الطريق الثاني من ليبيا ويمر بواحة كفره ثم يتجه جنوباً إلى فرعين يسير أحدهما غرباً إلى وداي ، وينطلق الفرع الثاني شرقاً جنوب دارفور ومن هذا الدرب وفدت الى دارفور ثقافة المغرب و قبائله ، الطريق الثالث يربط دارفور بوداي مباشرة وهو الطريق الذي كان يسلكه قصاد مكة من مسلمي الفلاتة و البرنو ووداي ذاتها موسى الحسن (1995 ).وكان هناك طريق قديم يربط دارفور بموصوع وهو طريق لوفود حجاج غرب إفريقيا قبل الإسلام , ولكثرتهم رأى أبرهة نقل الكعبة إلى الحبشة "قصة سورة الفيل " .أيضاً يرجع اتصال دارفور بموصوع في بداية دخول الإسلام إلى الحبشة (الهجرة الأولى )حيث كان النجاشي ملكها ويبدو أن الرسالة قد وصلت إلى دارفور منها ابراهيم اسحاق (بدون تاريخ ) .

**قبائل دارفور :**

وقد صنفها موسى الحسن (1995) كالآتي :

1. **قبائل شمال دارفور (**أهم قبائل شمال درافور) :

أ. الزيادية :

هم قبيلة عربية ، ويرعون الإبل يسكنون بين الميدوب والبرتي ، وينزلون الآبار في الصيف ويرحلون عنها في الخريف .

ب. المحاميد والنوايبة والماهرية والعريقات :

وهي أيضاً تعمل في رعي الإبل .

ج. الزغاوة :

من أكبر قبائل دارفور وهم خليط من الحاميين والزنوج يرعى الزغاوة الأغنام والضأن مع قليل من الإبل .

د. البرتي :

وهم قبيل عظيم لا أحد يعرف منبت البرتي لكن سحنتهم و أشكالهم تبدو وكأنهم خليط من الفور والعرب المتأثرين بالزغاوة .

ه. الميدوب :

أرجع ماك مايكل أصل الميدوب إلى دنقلا لاشتمال لغتهم على الكثير من كلام المحس ، وهم يرعون الأغنام والضأن مع قليل من البقر والإبل .

و. البديات :

رحل يعيشون في الأرض التي تلي دار زغاوة شمالاً .

**(2) وسط دارفور :**

أ. الفور :

يكون الفور أكبر مجموعة مستقرة في غرب دارفور ، ويعتمد سكان السهل من الفور على زراعة الذرة والدخن والبصل ، ويربون البقر للبنها ، والضأن والأغنام لبيعها في الأسواق.

أما أهل الجبل منهم فيزرعون القمح مرتين في السنة فضلاً عن الباميا والطماطم والقطن .

ب-المساليت :

تقع أرضهم في منطقة الحدود الغربية لدارفور ، ويرعى المساليت البقر والأغنام دون الإبل .

ج-القمر:

يرجعون بنسبهم إلى الجعليين , ولا يتحدثون غير العربية ويرعون الضأن والبقر ويرزعون الدخن.

د- بنو حسين :

رعاة بقر ، ولهم لسان عربي فصيح فهم في عداد القبائل العربية .

ه- المناصرة وبنو فضل :

وهاتان من القبائل العربية التي جاءت من أرض النيل إلى دارفور قبل ستة أجيال تقريباً وينتشرون في غرب كردفان أيضاً .

**(3) جنوب دارفور :**

أ. البقارة :

وتطلق لفظة بقارة على رعاة البقر في السودان وقبائلهم هي:

1. الرزيقات :

وهم أغنى قبائل البقارة وأكثرها عدداً وأقواها مركزاً ، وللرزيقات فروع ثلاثة هي الماهرية والنوايبة والمحاميد .

2. الهبانية :

وهم قسمان كبيران هما الكارة والسودا.

3. التعايشة :

وهم قسمان : قلادة، وعريج .

4. بنو هلبة :

وهم قسمان كبيران هما أولاد جابر،وأولاد جبارة.

5. المعاليا:

منتشرون بين درافور و كردفان .

أما باقي قبائل جنوب دارفور غير البقارة فهي :

1. الداجو :

ليس من إتفاق حول أصل الداجو فهناك نظرية تقول بأنهم سكان درافور الأصليين .

2. البرقد :

يعتقد ماك مايكل أنهم من أصل نوبي للتشابه بين لهجتهم ولغة النوبة .

3. البيقو :

قبيلة صغيرة تجاور الداجو والبرقد .

4. المسلات :

يسكنون إلى الغرب من البيقو والبرقد .

**تاريخ دارفور الحديث :**

منذ أن سقط السودان في قبضة الحكم التركي ظل دارفور هدفاً يتوقون إليه لضمه واستغلال موارده ، فعملوا على ذلك حتى تحققت لهم السيطرة عليه على يد الزبير باشا سنة( 1874) موسى الحسن(1995) .

بعد ظهور المهدي وانتشار دعوته في السودان وذيوع خبر انتصاره على الحكومة في واقعتي أبا وراشد ، بدأ كثيرون بإعلانهم بداية الثورة في دارفور، ويوماً بعد يوم حتى غطت الثورة وأنصارها أغلبية دارفور مما أدى الى سقوط الإقليم في يد الأنصارفي يناير(1884) موسى الحسن( 1995).

لم يكن علي دينار على وفاق تام مع المهدية من أول يوم حتى آخر لحظة من لفظ أنفاسها ، بل لم يكن إذعانه لها إلا توجهاً مرحلياً ومهادنة مؤقتة ، ولعل مغادرته أم درمان في وقت كانت الثورة المهدية بحاجة إلى أي جهد وقوة "موقعة كرري" تؤكد على أنه لم يكن في قلبه ذرة إيمان بمبادئ المهدية سيدأحمد العقيد (2007 ).

تمكن علي دينار من دخول الفاشر عام ( 1898) ، وفي عام( 1909) تمكن من دخول كبكابية آخر معقل للأنصار ، وبذلك يكون علي دينار قد تمكن من السيطرة الكاملة على دارفور مملكة آبائه وأجداده سيد أحمد العقيد(2007) .

استطاع علي دينار انتزاع الإستقلال من قبل الحكم الثنائي سنة 1900 م وكانت درافور طيلة فترة خمسة عشر عاماً لاتخضع إلا خضوعاً اسمياً للحكم الثنائي ، إذ لم يدخل كل هذه الفترة أي مسؤول حكومي درافور أو يقابل السلطان علي دينار ، مما يؤكد أن درافور كانت مستقلة استقلالاً واضحاً ،ومما يدل على استقلال سلطنة دارفور ذلك الوقت القبض والأعتقال المتبادل عند الحدود سيدأحمد العقيد(2007).

بدأت العلاقة بين دارفور والحكم الثنائي تتغير من صداقة حميمة إلى علاقة فاترة تتسم بروح التحفظ ، ولعل من أسباب ذلك الفتور في العلاقة قيام الحرب العالمية الأولى ، وصدور بيان من الخلافة العثمانية عام( 1915 ) داعياً المسلمين إلى الجهاد ضد أعداء المسلمين ، وصلت نسخ من هذا البيان إلى السودان يدعو المسلمين إلى الخروج على الجيش البريطاني ، فما كان من السطان علي دينار إلا أن أصدر بيانات مماثلة تندد بالحكم الثنائي وتدعو للخروج عليه ،بل مضى إلى أكثر من ذلك بأن أعلن عداءه للحكم الإنجليزي المصري ولعل ذلك يتضح في خطابه التالي الذي أرسله إلى أحمد الشريف السنوسي حيث يقول "ولقد أخذتنا العزة الإسلامية والحمية الإيمانية وعزمنا أن نقوم بحول الله وقوته وقدرته في نصرة دين الله لجهاد أعداء الدين الكفرة معاندي الشريعة المحمدية الموجودين حولنا هنا في السودان وقريبا إن شاء الله تعالى نخرج هجرة للجهاد في سبيل الله وسيبلغ مسامعكم ما يصيرمنا لأعداء الله ".إذن القضية كانت في نظر علي دينار قضية إسلامية وأن مقاومته مقاومة ذات طبيعة إسلامية سيد أحمد العقيد (2007).

بعد عدة مواجهات بين علي دينار والقوات البريطانية تمكنت القوات البريطانية من الإستيلاء على الفاشر تماماً في شهر مايو سنة( 1916 ) ، وفي نوفمبر سنة (1916) تمكنت القوات البريطانية بقيادة هاردلستون من قتل السلطان علي دينار في وادي زول (Zuli) وتم دفنه هناك ،وبموت علي دينار أصبحت درافور مديرية من المديريات التابعة للحكم الثنائي البريطاني سيدأحمد العقيد (2007).

**النزاعات المسلحة في دارفور:**

**تمهيد :**

يذكر ايدام (2001) أن العلاقات الاجتماعية بين القبائل في دارفور كانت قوية ومتينة ، وذلك بالتزواج والمصاهرة والإخاء الإسلامي الموثق باليمين ، حتى أصبحت قبائل دارفور في حقيقتها مؤسسات إجتماعية وليست عرقية تضم أناساً ينحدرون من أصول عرقية مختلفة . وأن من الأشياء المبغوضة وغير المقبولة ذكر أنساب الناس (لأن النسب يجيب الجفا ) أي يؤدي للجفوة بين أفراد العشيرة لهذا كان زعماء قبائل دارفور ينزلون أردع العقوبات بالذين يرمون غيرهم

بأنهم ليسوا من القبيلة . ومما يدل دلالة واضحة على عدم وجود العصبية القبلية في دارفور وأن قبائلها كانت منفتحة على بعضها وتتداخل دون تعقيدات أن السلطان سليمان صولنج هو ابن عبد الرحمن بن أحمد المعقور العربي الهلالي (أي من نسله) , وهذا ما يؤكده عبد الغفار ولايف (2006) من أن القبائل العربية المحلية عاشت في سلام وتعاون واعتماد مع الفور لسنوات طويلة . ومع استمرار هذه العلاقات الودية والتكافلية كان يمكن للأفراد الفور أن يصبحوا جزءاً من مجموعات (رعاة البقر) كما كان يمكن لأفراد البقارة أن يستقروا ويتحولوا الى مزارعين .

أما في العصر الحديث فقد كان الإستقرار والأمن ما يميزا دارفور لدرجة أن الحكومة السودانية أقامت خلال حكم الرئيس الأسبق ابراهيم عبود معرضاً قبلياً في سبدو للترحيب بالرئيس المصري الأسبق جمال عبد الناصر عند زيارته للسودان ، حيث شارك في ذلك المعرض عشرات الآلاف من الفرسان إدريس بابكر(2006). غير أن هذا الوضع الآمن بدأ يتغير شيئاً فشيئاً من السبعينات بسبب التدهور الأمني في المنطقة ، ثم عامل الجفاف والتصحر كذلك المجاعة التي ضربت المنطقة في الثمانينيات ، وانتشار ظاهرة النهب المسلح ، وغير ذلك من الأسباب التي سنتطرق إليها إن شاء الله في هذا الجزء من البحث التي جعلت إقليم دارفور من أكثر الأقاليم معناةً وانعداماً للأمن .

لكن كان النزاع أو ما أصبح يعرف بالتمرد الذي اندلع(2003 ) نقطة تحول كبيرة وجوهرية في دارفور ، رغم أن بداية الصراع كانت عادية ومألوفة الحدوث، حيث كان ( شكلة بسبب جمل) بين بعض بطون الزغاوة وأولاد زيد (رزيقات شمالية) ذو النون , حسام (2009). ومن غير المفهوم كيف تحول هذا الحادث الصغير إلى نار أحرقت الكثير من الأبرياء وشردت الكثيرين , وتحول التعايش القبلي السلمي في دارفور إلى صراع اتخذ طابعاً اثنياً وقبلياً، وأصبح يعرف مايسمى بـ(العرب و الزرقة) محمد نور (2008) .

إن الصراع الذي اندلع( 2003) وما زال المهتمون والدارسون يبحثون عن حقيقة أمره، والأيدي الخفية التي حركته ، فهو ليس كالنزاعات السابقة التي شهدها الأقليم، غير أن الصراعات القديمة وترسباتها ساهمت في أن يصل لهذه الوضعية الصعبة فهو إذن "صراع قديم جديد" . لهذا سوف أتناول أسباب النزاعات وتواريخها باعتبارها سلسلة متصلة مع بعضها البعض حتى يمكن فهم الأزمة في دارفور بأبعادها وتداعياتها المختلفة ليكون الحل إن شاء الله شاملا .

**أسباب النزاعات:**

1. **عدم الإستقرار الأمني في المنطقة :**

**أولاً:عدم الإستقرار السياسي في تشاد ،** ويلخصها ايدام (2001) في الآتي:

أ. قامت الحكومة الوطنية الأولى في تشاد بقيادة فرانسوا تمبل باي بممارسة الإضطهاد والتنكيل ضد المعارضين خاصة من المسلمين حيث كانت تقوم بمطاردتهم وقتلهم وقتل أسرهم ومصادرة ممتلكاتهم ، تلك السياسة أجبرت

مجموعة كبيرة من الشبان المسلمين للهجرة الجماعية للسودان طلباً للأمن والأستقرار فاستقروا بالأجزاء الجنوبية والغربية في دارفور دون إجراءات رسمية .

ب. عدم الإستقرار السياسي في تشاد في الفترة التي تلت الإستقرار الوطني مما جعل المعارضة التشادية تنطلق من منطقة الحدود المشتركة مع السودان مستفيدين من طبيعتها الجبلية الوعرة ، ترتب على ذلك حروبات في منطقة الحدود المشتركة مما أثر سلباً على الأمن في دارفور .

ج. صراع أبناء القبائل الشرقية لدولة تشاد التي تسكن منطقة الحدود المشتركة مثل الزغاوة والقرعان والبديات والوداي والمجموعات العربية على السلطة في تشاد ، أدى للضغط على البطون المهزومة في كل مرة للهجرة للسودان في شكل مجموعات للإقامة الدائمة أو المؤقتة بسلاحها .

د. انتشار الأسلحة الآلية بمختلف أنواعها في منطقة الحدود المشتركة مع تشاد ، وانتشار عمليات تبادل الأسلحة بالبيع والشراء في مناطق الحدود.

**ثانياً :دور حرب الجنوب في النزاعات في درافور:**

من جانب آخر تأثرت دارفور بالبيئة المحيطة المتعلقة بحرب الجنوب التي استمرت منذ عام( 1955) ، وملامسة درافور لولايات بحر الغزال عبر حدود طويلة تقع في منطقة وعرة ذات أمطار غزيرة نسبياً ، وغطاء نباتي كثيف أشبه بالغطاء الإستوائي الوعر ، كما أن حرب الجنوب طويلة الأمد هذه جعلت سوق السلاح ملامساً لحدود دارفور وظلت الأسلحة تتسرب بكميات كبيرة ايدام( 2001) .

**ثالثاً:دور الصراع التشادي الليبي:**

أدى الصراع التشادي الليبي والتشادي التشادي إلى جعل دارفور مليئة بالأسلحة الحديثة مثل الكلاشنكوف والمدافع الرشاشة الخفيفة الثقيلة ، والأربي جي ، والصواريخ المضادة للطآئرات والدبابات ، وقبل ذلك أدى تحرك المعارضة السودانية من ليبيا إلى تدفق السلاح في دارفور ايدام( 2001 ).

**(2) النزاعات القبلية :**

ذكرت منى أيوب (2001) أن النزاعات القبلية تعد من الظواهر الإجتماعية التي لازمت المجتمع السوداني منذ فترات طويلة ، وكانت أحد العوامل المؤثرة في التركيبة القبلية من حيث التداخل القبلي والتمركز الجغرافي للقبيلة ، ثم التحالف بين القبائل في مواجهة القبائل الأخرى ، وكانت هذه الصراعات تثور من حين لآخر لأسباب تقليدية تتعلق بالمرعى و المزارع والأرض ،وأخرى ذات أبعاد سياسية وثقافية ، لكن ربما نلاحظ انحسار ظاهرة الصراع القبلي في كثير من أجزاء السودان المختلفة وتمركزها بصورة واضحة في الجزء الغربي من البلاد متدرجة في حدتها من كردفان

إلى دارفور حتى أصبحت في بعض الأحيان تكاد تحرج كيان الدولة ومقدرتها في السيطرة على اطرافها ومواضع التماس القبلي فيها .

كما أشرنا سابقاً فإن دارفور استقرت فترة طويلة من الزمان ناعمة بالأمن والأستقرار رغم كثرة القبائل وطبيعتها المتحركة في الزراعة التقليدية المتنقلة و الرعي .استمر هذا الوضع من الإستقرار في دارفور حتى بداية القرن العشرين ، ووقع أول نزاع عام( 1932) كان بسبب المرعى ، بعد ذلك حدثت نزاعات قبلية في فترات متباعدة بلغت ثمانية نزاعات فقط منذ ذلك العام( 1932) حتى عام (1987 ) (منى أيوب 2001 ).

كانت النزاعات القبلية قبل منتصف الثمانينيات نزاعات بسيطة محدودة النطاق كما تتميز بطبيعة غير حادة ، كما أنها ذات طابع محلي وغير متلاحقة الوتائر ونادراً ما تتجاوز القبيلتين ، أما بعد منتصف الثمانينيات فإن النزاعات تميزت بطابع حاد إذ استخدمت فيها أسلحة حديثة فأزهقت آلاف الأرواح وأزيلت قرى بأكملها ، كما أن عدد الصراعات زاد بطريقة مذهلة فمن بعد الثمانينيات حتى عام (2001) زادت عن الأربعة وثلاثين صراعاً (منى أيوب 2001) .

كان صراع الفور والعرب عام( 1987) نقطة تحول في تاريخ الصراعات القبلية في دارفور، إذ أن الصراعات السابقة كانت أسبابها المرعى أو حدود إدارية قبلية ، غير أن صراع سنة (1987) اتسم بالحدة و القتل والنهب وحرق قرى بأكملها ، كما أن الصراعت السابقة كانت تحدث بين قبيلتين فقط بينما تجمعت في هذه المرة سبع وعشرون قبيلة عربية ضد قبيلة الفور . وقد اختلف هذا الصراع أيضاً عن الصراعات السابقة في أن القبائل التي لم تشارك في الصراع لم تستطع القيام بدور الأجاويد كما هو متعارف عليه وذلك نسبة لمستوى الأستقطاب الكبير (منى أيوب 2001).

غير أن هذه النزاعات القبلية لم تكن بسبب الإختلافات الأثنية أو الدينية أو الثقافية , فإن الإنقسامات الأثنية تبدو كنتيجة للنزاعات أكثر من كونها سبباً لها , فنزاع صغير حول أرض مثلاً قد يثير تضامناً إثنياً وقبلياً للدخول في النزاع . اذن الإختلافات الإثنية يبدو دورها ضعيفاً أو لاوجود له كسبب أساسي في النزاعات الجديدة عبد الغفار ولايف (2006).

**(3 )النهب المسلح :**

تكونت عصابات النهب المسلح من مرافيت القوات المسلحة والشرطة (النظامية) وصعاليك المدن وعصابات الريف المكونة من قبائل مختلفة ، وكانت هذه العصابات مزودة بأدوات القتل من السلاح الفتاك ومدربة بأسلوب الكمائن ، ولديها وسائل التنقل ومراكز و أوكار الأختباء في القرى الطرفية و الصحاري النائية منى أيوب (2001).

وتشير منى أيوب (2001) إلى أن الأسباب التي أدت لانتشار ظاهرة النهب المسلح في السبعينات والثمانينيات من القرن العشرين هي موجة الجفاف والتصحر التي ضربت الساحل الأفريقي وتسببت في القضاء على 80% من الثروة الحيوانية لدى المجتمعات الرعوية مما حدا ببعض أفراد القبائل أن يمارس النهب المسلح لتعويض ما فقده بفعل الجفاف ،

ثم غياب مشاريع التنمية للكسب المشروع وفرص العمل الشريف ، ومن العوامل الخارجية الصراع التشادي الليبي ثم التشادي التشادي الذي جعل دارفور مليئة بالأسلحة الحديثة مثل الكلاشنكوف ، وجيم فور والمدافع الرشاشة الخفيفة والثقيلة "الآربي جي " والصورايخ المضادة للدبابات . ونتيجة لتسرب هذه الأسلحة استفحلت ظاهرة النهب المسلح ، وأصبحت من أخطر المهددات الأمنية في دارفور مما دعى الحكومة الإقليمية لعقد مؤتمر في الفاشر في مطلع عام( 1988 ) بعد أن فشلت السلطات في إحتواء النهب المسلح وعزت الفشل لعدة أسباب أهمها :

1. أن مراكز الشرطة في الإقليم توجد في مناطق بعيدة من مناطق النهب المسلح مما يجعل إجراء التحقيق والتحري في الحادث صعباً وبطيئاً .
2. ندرة أدوات مكافحة الجريمة الحديثة وضعف إمكانيات قوات الشرطة .
3. عدم تخصص قوات شرطة خاصة لمكافحة النهب المسلح وارتباطها بالنشاطات الأمنية الأخرى .
4. لم تتلق قوات الشرطة المحلية أي تدريب على الأسلحة الحديثة لمجابهة أفراد النهب المسلح الذين يجيدون استخدام الأسلحة الحديثة .
5. هناك بعض القبائل من أصول تشادية تتعاون مع أفراد النهب المسلح وتحميها من مطاردة الشرطة بحكم أصولها القبلية .

إضافة إلى ذلك أن العقوبات المطبقة على أفراد النهب المسلح غير رادعة مما يجعلهم يمارسون النهب بعد خروجهم من السجن .

**(4 ) المجاعة :**

إقليم دارفور منطقة معرضة للجفاف ,والجفاف عادة يحدث كل 10-11 سنة ، كما أن هناك زحفاً صحراوياً مخيفاً سرعته 5-6 كيلو مترات سنوياً ، مع تكاثر السكان والثروة الحيوانية وقلة في الكلأ والماء والموارد الطبيعية ، وإزدياد في نفق البهائم ، فهناك صلة حميدة بين الجفاف والتصحر الذي ضرب إقليم دارفور عام( 1973) و الجفاف والمجاعة عام( 1984) إدريس بابكر(2006). وزاد من سوء الأوضاع البيئية هذه سياسات حكومة مايو (1969 – 1985) التي كانت قد أهملت قطاعات الإنتاج الزراعي والحيواني والصناعي مما أدى الى تناقص الإنتاج منذ العام( 1970) واستمر هذا الوضع حتى (1984 – 1985) حيث نقصت الأمطار الموسمية في منطقة الزراعة التقليدية بدارفور وتشاد عن معدلاتها المألوفة ، وضربت البلاد مجاعة طاحنة أدت لموت أعداد غير محصورة من السكان ومن رعايا دولتي تشاد وأفريقيا الوسطى الذين لجأوا إلى السودان لإيجاد ظروف أفضل لمواجهة المجاعة حيث استقروا في منطقة جنوب وغرب دارفور، ومنطقة جنوب دارفور هي أكبر منطقة رعي في السودان ، حيث يعمل الجزء الأكبر من السكان برعي الماشية والضأن مستفيدين من الخصائص الطبيعية للمنطقة ، لهذا فإن المنطقة التي تبدو خالية اليوم هي هامة جداً لحياة الرعاة في فترة أخرى من السنة .أما منطقة غرب دارفور فكانت مركزا مقفولاً في عهد الإدارة البريطانية لايدخلها

الوطنيون السودانيون إلا بإذن من مفتش المركز , ولتحقيق هذا الهدف وسط الرعاة ابتدعت الإدارة البريطانية ما يعرف بنظام الخمس , يعني ان تقدم أي إدارة أهلية دخل حدودها الراعي أن تأخذ خمس أنعامه .فدخول مجموعات كبيرة من النازحين والمهاجرين مع إهمال الحكومة وعدم القيام بإجراءات تنظيمية لها أدى لاختلال التوازن الديموغرافي الموروث بجنوب دارفور , فكانت أغلب الحروبات القبلية التي وقعت في جنوب وغرب دارفور هي ذات صلة باختلال التوازن المذكور ايدام(2001).

**(5) النزاع بين المزارعين والرعاة :**

تذكرمنى أيوب(2001) أن النزاع بسبب الأرض واستخداماتها من أهم العوامل المحركة للنزاع القبلي , وتعتبر مشاكل الزراعة و الرعي من المشاكل المعقدة التي تواجه السلطات الأمنية و التنفيذية و الإدارة القبلية بإعتبار أن مهنتي الزراعة والرعي هما النمطان السائدان للإنتاج وأسلوب كسب العيش لقطاعات كبيرة من القبائل , وبما أن هناك تداخلاً بين عمليات الزراعة والرعي نجد أن هذين العاملين من أقوى أسباب النزاعات خاصة بين المقيمين والرحل , فالصراع بين المزارعين والرعاة والتنافس حول موارد المياه الشحيحة والأرض الصالحة للزراعة صراع تقليدي فرضته موجات الجفاف والتصحر التي ضربت منطقة الساحل الإفريقي منذ أواخر الستينات , والتحولات البيئية التي نجمت عنها فانحصر نطاق المراعي والموارد المائية ,كما قلت الرقعة الزراعية نتيجة لإنجراف التربة الخصبة , ومما زاد الأمر سوءاً مجئ هذه الظروف في الوقت الذي يزداد فيه الطلب على هذه الموارد الشحيحة , نتيجة للزيادة الطبيعية في عدد السكان ولنزوح أعداد كبيرة من الرعاة بمواشيهم سواءً كانوا من القبائل الحدودية أو من دول الجوار خاصة تشاد , فكان محصلة هذا كله زيادة الضغط على الموارد الشحيحة أصلاً والتنافس الحاد بين المزارعين والرعاة والذي يتطور في أحيان كثيرة إلى صدام مسلح وصراع قبلي .

أدى التوسع الزراعي إلى قفل المراحيل الرئيسية للمسارات وأماكن نزول الرعاة , وكذلك كان لدخول الرعاة الى المناطق الزراعية قبل المواعيد المحددة لهم دوراً رئيسياً في حدوث النزاع , كانت النزاعات بين المزارعين والرعاة متكررة بصورة موسمية ولم تصل الى حد النزاع الدموي الذي نشهده اليوم , ذلك لأن الإدارات الأهلية في الماضي كانت تقوم بتنظيم الرعاة وفقاً لمراحيل ومسارات محددة لا يتخطاها أفراد القبائل , كما كان رؤساء الإدارات الأهلية و زعماء البطون القبلية يصطحبون جماعاتهم لضبط سلوكهم ومنعهم من أي تجاوزات للعرف الذي هو الضابط للطرفين من المزارعين والرعاة . ومن جانب آخر هناك التزام تام من جانب زعماء القبائل المستقرة تجاه الرحل تتمثل في الحفاظ على معالم المراحيل بعلامات واضحة وتحديد مشارب لهم وحسن ضيافتهم .

نسبة لأهمية العرف في التعايش بين المزارعين والرعاة اتفق أهل دارفور منذ زمن بعيد على فتح مراحيل ومسارات محددة يتبعها الرعاة في رحلتهم الموسمية من الشمال للجنوب وكذلك وضعت أعراف خاصة بالمسارات والمراحيل تمثلت في الآتي :

1. تقيد الرحل بالأعراف المحلية واحترام رؤساء الإدارات الأهلية الذين يمر المرحال بمناطقهم.
2. احترام المزارعين والرعاة لمواعيد دخول وخروج الرعاة إلى المنطقة .
3. احترام حرمات القرى بحيث يمر المرحال بعيداً عنهم .
4. الحفاظ على معالم المراحيل بعلامات واضحة .
5. عدم التعرض للرعاة وتحديد مشارب معينة لمواشيهم وقت الحصاد .
6. احترام مواسم الحصاد ليتمكن المزارعون من حصاد محاصيلهم .
7. حماية حقوق المزارعين بعدم إتلاف محاصليهم وتعويضهم في حال حدوث تجاوزات .
8. التزام الرحل باصطحاب زعماء العشائر لضبط سلوكهم ومنعهم من التجاوزات .

وقد ظل هذا النظام العرفي يحظى بالقبول من كلا الطرفين لعدة أسباب أهمها :

أ. قلة كميات الماشية مما يسهل ضبطها كما أن أصحابها كانوا أشد حرصاً على عدم الحاق الضرر بالمزارعين تفادياً للاحتكاكات القبلية .

ب. اهتمام السلطات المحلية بتخطيط وتنظيم المسارات للرحل قبل حلول الموسم وذلك تجنباً للنزاعات وإثارة المشاكل القبلية المتوقعة .

ج. التزام الرحل بمواعيد الدخول والخروج من المنطقة مراعاة للمصلحة العامة .

د. حرص المزارعين على عدم إنشاء قرى أو مزارع في المراحيل تفادياً للصراعات القبلية .

ما سبق ذكره كانت من أهم أسباب النزاعات التي تمكن الباحث من حصرها وذلك قبل العام (2003). لأن الصراع بعد( 2003) إتخذ شكلاً جديداً لم يكن كسابقه من نزاعات وذلك لأسباب عديدة منها ماهو محلي وبعضها إقليمي ودولي نوردها في الآتي :

**-الخلاف بين المؤتمر الوطني والشعبي :**

يشير (إدريس بابكر2006) إلى أن بعض الباحثين يرون أن المحرك الأساسي لنزاع دارفور عام (2003) هو الخلاف الذي حدث داخل حكومة الإنقاذ بين الرئيس البشير والشيخ حسن عبدالله الترابي , أي أن ما حدث في دارفور هو تصفية حسابات بين الشريكين السابقين .

2-**الكتاب الأسود :**

أثار هذا الكتاب جدلاً واسعاً والبعض يعتبره العامل الأساسي لإندلاع الأزمة في دارفور (2003 ) (حسام وذو نون 2009).و نسبةً لأن الكتاب صدر سراً وتم تداوله على نطاق محدود لم يتمكن الباحث من الحصول على الأصل ولا

على صورة منه , إنما تمكن من الأطلاع على تلخيص واف لمحتوياته من الطيب عيسى ومبارك عبدالحميد (2007) وسأحاول أن الخص ملخصه لأعطاء خلفية سريعة عنه .

اسم الكتاب هو "الكتاب الأسود اختلال ميزان السلطة والثروة في السودان " جاء الكتاب في ستة فصول ثم الخاتمة والمراجع:

**الفصل الأول :**

ركز الفصل الأول على التعريف بالسودان من حيث الموقع والسكان والموارد الطبيعية والتقسيم الإداري للسودان.

**الفصل الثاني :**

تم فيه تعريف الدولة وسلطتها وعناصرها ومكوناتها والمعايير التي لابد من الألتزام بها ليكون الحكم إسلامياً بحتاً.

**الفصل الثالث :**

تحدث عن نماذج لاختلال ميزان تقسيم السلطة , حيث أشار الكتاب إلى سيطرة أبناء الأقليم الشمالي على المناصب الدستورية والوزارية من بداية العهد الوطني (1954) و حتى حكم الإنقاذ( 1989) عن غيرهم من أبناء السودان كالوسط والجنوب والشرق والغرب غير أن الكتاب أشار في هذا الفصل إلى أنه كانت هناك مشاركة معقولة في فترة الديموقراطية الثانية برئاسة الصادق المهدي, كذلك كانت هناك مشاركة بعدد مناسب من أبناء غرب السودان في حكومة الإنقاذ الوطني .

**الفصل الرابع :**

تناول هذا الفصل صوراً من اختلال الميزان في تقسيم الثروة والظلم الناتج عن الخلل المتعمد في ميزان الثروة .

**الفصل الخامس :**

جاء عنوان هذا الفصل بعنوان الروئية المستقبلية, وتناول الآثار السياسية لأختلال ميزان العدالة والنظرة التأصيلية للحكم الأسلامي , وما نتج عن ذلك من النزوح وتفشي الأمراض , وانعدام السلام الإجتماعي ...إلخ.

**الفصل السادس :**

جاء هذا الفصل بعنوان "نتف حصاد الهشيم" حيث أشار إلى تشبث القائمين على الحكم بالسلطة , وضلوع الكثير من القيادات في الفساد , وإتباع سياسة فرق تسد حيث يضربون القبائل بعضها ببعض خاصة من قبل الحكام الجدد "الإنقاذ".

أما العوامل الأقليمية فيمكن تلخيصها في الآتي :

**1- الدور الإريتري :**

استضافت دولة أرتريا الحركات المسلحة منذ وقت مبكر بأراضيها ، فقد مكث بها بعض قادة التمرد منذ بداية الأزمة ( 2003) ، وقد وفرت الآلاف من مختلف أنواع الأسلحة للمتمردين ، وقامت بتدريبهم على هذه الأسلحة حسام وذو نون (2009) .

**2- الدور الليبي :**

قدمت ليبيا دعماً لوجستياً سخياً لحركات التمرد ، كما أمدت هذه الحركات بكميات مهولة من المواد الغذائية ، وتعتبر ليبيا الداعم الأساسي لحركة العدل والمساواة في هجومها على أمدرمان( 2008) . وهنالك عدة أسباب للدعم الليبي لهذه الحركات فلليبيا طموحات في التمدد والتوسع .. إحتياجها لعمالة دارفور الرخيصة لتدوير عجلة إقتصادها بعد رفع الحصار الإقتصادي لتعويض سنوات المقاطعة الإقتصادية الطولية التي فرضها عليها الغرب . مع العلم أن الدور الليبي والأرتري مازال متواصلاً وفي إزدياد مضطرد لبعض هذه الحركات حسام وذو النون(2009).

**3- الدور التشادي :**

يرى ذو النون وحسام (2009) ان تشاد كانت داعمة لحكومة السودان ، ضد الحركات المتمردة ، غير أن شك السودان في أن لتشاد دور أساسي في دعم هذه الحركات ، مما جعله يقوم بدعم المعارضة التشادية التي حاولت اسقاط السلطة في تشاد أكثر من مرة ، هذا الموقف من الحكومة السودانية اضطر تشاد لتغيير موقفها من الحركات المتمردة "خاصة العدل والمساواة " فقامت بفتح أراضيها لها .

**تأثير الإعلام العالمي على أزمة دارفور :**

يذكر فيصل محمد صالح (2008) أن كثيراً من المختصين والمهتمين بالشأن السياسي والإعلامي يتفقوا على أن التغطية الإعلامية التي وجدتها الأزمة الإنسانية في دارفور لم تجدها حرب الجنوب لحوالي عشرين عاماً ماضية ، وبقدر

ما اعتبر البعض أن ذلك أمراً إيجابياً يعكس اهتماماً عالمياً بالمأساة ، إلا أن هنالك توجساً من أطراف أخرى ترى بأن هذا الإهتمام يدخل في باب الترصد وخدمة الأجندة الخفية التي تتستر تحت القناع الإنساني . وقد كان حجم المادة الإعلامية التي قدمتها أجهزة الإعلام الغربية خلال عامي( 2004 م – 2005 ) بالضخامة بحيث لفتت أنظار العالم كله إلى دارفور وإستفادة الحركات المسلحة من الإعلام العالمي فبعدما كانت تقدم نفسها كحركات ثورية تحمل مضموناً وطرقاً مغايرة وترسم صوراً بطولية لمعاركها ، عادت واستوحت من الإعلام الغربي صورة الضحية المجني عليه قليل الحيلة .

**الدور الإسرائيلي :**

أما عن الدور الإسرائيلي فقد ذكر (محمد النحال 2005 م ) أن ما يميز السودان عن كثير من الدول التي تقع ضمن المجال الحيوي لإسرائيل , هو أنها ترتبط بالذهنية اليهودية التوراتية . فبالإضافة إلى الإعتقاد اليهودي بأن فلسطين أرض الميعاد لبني إسرائيل ، فإن هناك إعتقاد بأن السودان سيكون حليفاً قوياً لدولة (إسرائيل) في فلسطين وأنها ستعتزم يوماً ما (هي وأثيوبيا ، تقديم العطايا للرب القدير في فلسطين) . فقد ورد في سفر( اشعياء – الإصحاح 18 -1997 م) (يا أرض حفيف الأجنحة التي عبر أنهار كوش المرسلة رسلاً في البحر وفي قوارب البردي على وجه المياه ، إذهبوا ايها الرسل السريعون إلى أمة طويلة وجرداء ، الى شعب مخوف منذ كان فصاعداً ، إلى أمة قوة وشدة ودوس , قد خرقت الأنهار أرضها) إلى أن يقول (في ذلك تقدم هدية لرب الجنود من شعب طويل وأجرد ومن شعب مخوف منذ كان فصاعداً من أمة ذات قوة وشدة ودوس قد خرقت الأنهار أرضها إلى موضع اسم رب الجنود جبل صهيون) .

**لماذا تدخلت إسرائيل في دارفور؟**

يعتبر السودان النافذة العربية الإسلامية على الدول الإفريقية ويعتبر غرب السودان الأكثر تأثيراً وفاعلية في نشر الدين وإمتداده إلى عمق أفريقيا . لقد ظل هذا الأمر لقرون من الزمن يمثل حالة تاريخية . ولعلها لم تشكل خطورة حقيقية على مصالح الدول الغربية الإستعمارية او حتى الدول الإفريقية نفسها , لكن مع اعتلاء الحركة الإسلامية للسلطة في السودان عام ( 1989 ) ورفعها شعارات إسلامية سياسية حرك مشاعر القلق والخوف لدى الدول الإفريقية المجاورة مثل أوغندا وأريتريا وأثيوبيا التي تحكم فيها النخب المسيحية . مماجعل إزالة هذا النظام هو الكفيل بإنهاء المشكلة , وعملت تلك الدول مع المعارضة السودانية من أجل إسقاط الحكومة , وهو ما نادى به علناً رئيس الوزراء الإسرائيلي بنيامين نتنياهو أمام الكونغرس الأمريكي بتاريخ (2002/9/13 ) محمد النحال (2005)

**النشاط السياسي الإسرائيلي في أزمة دارفور :**

ليس هناك دليل على أن إسرائيل ساهمت في نشوء الأزمة , ولكن الثابت أن إسرائيل بدأت دورها عندما فكرت بالإستفادة من تداعيات الصراع في دارفو ر . فقد ذكرت مصادر إعلامية أن إسرائيل ساهمت في وضع خطة سياسية لتحالف المعارضة في دارفور تمت صياغتها في وزارة الخارجية الإسرائيلية . وقد تم نقل فريق من المعارضة إلى

الولايات المتحدة على متن طائرة عسكرية إسرائيلية لإقناع الولايات المتحدة دعم الخطة ومساندة حركات التمرد في دارفور . وقد وجهت إسرائيل الجماعات اليهودية الأمريكية لجمع التبرعات لصالح التمرد في دارفور . بل طالبت في مرات عدة مجلس الأمن و الأمم المتحدة بضرورة التدخل العسكري لإنقاذ الأفارقة المتضررين من الظلم العربي المنظم الذي تقوده الحكومة العربية الإسلامية في الخرطوم ومليشيات الجنجويد التابعة لها . ويشار إلى أن متحف محرقة اليهود (الهولوكوست) في واشنطن إفتتح في الثاني من أغسطس (2004) معرضاً عن دارفور واصفاً ما يحدث فيها بأنه عملية (إبادة جماعية) كتلك التي تعرض لها اليهود على يد النازية (الألمانية) وذلك حسب تعبير البيان الصادر عن إدارة المتحف( محمد النحال 2005).

**الجنجويد (Jengawidian) :**

ونختم هذا المبحث بالتعرف إلى حقيقة الجنجويد الذين أثاروا جدلاً واسعاً بأعتبار مسئوليتهم عن ما حدث من تقتيل و ترويع وتشريد للآمينين , من هم ؟ وماهي حقيقتهم ؟ .

يرى (إدريس بابكر 2006) أن كلمة الجنجويد المثيرة للجدل هي مصطلح قديم , باختصار الجيم والجواد أي الثراء والحصان , وليس بالمعنى جن شايل جيم 3 راكب جواد . الجنجويد هي مرحلة ختامية يصلها الشاب المنفلت أسرياً , حيث يصبح له بندقية وجواد وهكذا يصبح حاملاً للجيم وراكباً الجواد , ومن ثم يطلق عليه لفظ أو مصطلح الجنجويد .وجماعات الجنجويد لا علاقة لها لا بالعرب ولا بالزرقة (القبائل غير العربيبة) , بل هم جماعات متفلتة تتواجد قاعدتها بمنطقة جبال جوع بولاية شمال دارفور , وهم يمارسون السرقة والنهب وربط الطرقات والسلب ويفتخرون بمهارتهم في استخدام البندقية . وهذه الجماعات تنتظر حدوث أية خروقات أمنية أو إحتكاكات قبلية , أو مشكلات بين الرعاة والمزارعين ليقوموا بنهب أموال المواطنين وحرق القرى والمنازل , ثم يهربون إلى حيث أتوا .

هناك مرحلتان تسبقان مرحلة الجنجويد هما مرحلة (أبو برزة ) ومرحلة (أم بولتي) .أبو برزة تعني الكيس الأسود الذي يحمله الشاب لحفظ متاعه ومستلازماته الخاصة . يتطور أبو برزة إلى أم بولتي وتعني ذهاب كل زملاء الشاب لكسب المال بالهجرة والاغتراب , بينما يبقى هو عاطلاً في قريته حيث يصبح الشاب منبوذاً في المجتمع بصورة أكبر . إزاء هذه الأوضاع يخرج الشاب إلى الجبال والغابات والمستنقعات ويسعى بكل الطرق لإمتلاك أي نوع من السلاح وحصان يركبه , حينها يصبح جنجويداً إدريس بابكر (2006)

ويذهب عبد الغفار ولايف (2006) إلى أن الجنجويد هم ميليشيات معظمهم من القبائل العربية التي هاجرت من تشاد إلى دارفور . ويعرف حسام وذو النون (2009) الجنجويدية (Jengawidsim) بأنه مصطلح يمكن أن يطلق على كل من يحتل أراضي الغير بالقوة مخالفاً لكل الأعراف التي تواضع عليها سكان دارفور .

**الوضع داخل المعسكرات** :

إضافة إلى ما عاناه من تأثروا بالنزاع في دارفور من أهوال الحرب وفقد الأهل والممتلكات ، لم تنته معاناتهم بوصولهم إلى المعسكرات المعدة إليهم ، بل كانت هناك مشاكل من نوع آخر داخل المعسكرات ، ومن المشاكل التي وقف عليها الباحث داخل هذه المعسكرات تدهور الحالة الأمنية بسبب وقوع بعض هذه المعسكرات في معابر المسلحين ، كما أن بعض الحركات المتمردة لها وجود ونفوذ في عدد من معسكرات النازحين (ملحق رقم(6) ورقم(7)) . ومن المشاكل أيضاً انتشار الخمور والمخدرات والتحرش الجنسي .

ومن المشاكل غير المباشرة بسبب انتشار المعسكرات دخول أعداد كبيرة من غير المتأثرين بالنزاعات إلى هذه المعسكرات ليستفيدوا من مختلف أنواع المساعدات وهذا أدى إلى ضعف الرغبة في العمل والإنتاج ، كما أصبح مشكلة للباحثين عن تأثير ما حدث في دارفور على السكان من الجوانب النفسية والإجتماعية والإقتصادية ..الخ فأضحى من الصعب التعرف على الضحايا الحقيقين من غيرهم .

أما عن الوضع النفسي على الأطفال فنورد ماذكره (أنور عطا المنان2008) حيث وجد أن الآثار النفسية تبرز بشكل واضح في شكل اختلال نفسي وعقلي , وذكريات مريرة وتكون الشخصية الثأرية الإنتقامية , إضافة لانعدام الثقة في كل شئ حتى في النفس , ووجد أن بعض الأطفال في المعسكرات صار الواحد منهم إذا قامت أمه بإيقاد النار للطبخ يصرخ ويبكي ويحاول الهرب , لإرتباط النار في ذهنه بالموت والدمار , كما أن كثيراً من الأطفال صاروا يخافون من الحصان والجمل لأنهما الوسيلة التي كان يمتطيها المهاجمون في أثناء هجومهم على القرى, ولدى الكثير من الأطفال سلوك إرتباطي بالحرب ومجرياتها من ذلك أنهم في ألعابهم يتخذون وضعاً عسكرياً لتمثيل المعارك .

## 2-4 الدراسات السابقة:

**تمهيد :**

نقوم في هذا الجزء من البحث بعرض بعض الدراسات السودانية العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث.

**أولاً:الدراسات السودانية**

1- **دراسة سامية سراج قريب الله وآخرون (2006)** بعنوان **:الأحداث الصدمية ،اضطراب ما بعد الصدمة ،والتلازم المرضي للمرضى العقليين مرتكبي الجرائم .**

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتلازم المرضي وخبرات الضغوط الصدمية ،كما هدفت الدراسة لبحث العلاقة الخاصة للمرضى العقليين الذين تم إدخالهم للمستشفيات العقلية بسبب الجرائم السلوكية .

عينة الدراسة عبارة عن (60) من الألمان و(50) من المرضى العقليين السودانيين الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب ما بعد الصدمة ,وتمت في الدراسة مقارنة أعراض كل من القلق والإكتئاب وعلاقتهما بالخبرات الصدمية ،والضغوط العاطفية ،وضغوط أحداث الحياة . وقد خرجت الدراسة بالنتائج التالية :

في العدد الكلي للعينة وجد أن الإهمال والإيذاء العاطفي من مرحلة الطفولة له علاقة باضطراب ما بعد الصدمة وأوجدت الدراسة أن التلازم المرضي لأعراض القلق كان بنسبة 60% والتلازم المرضي لأعراض الإكتئاب كان بنسبة 64% وأن ليس هناك فروق بين الثقافات من حيث التلازم المرضي لإضطراب مابعد الصدمة .

2- **دراسة بيني كريشتان وآخرون (2004)** بعنوان **الأحداث الصدمية وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وسط المواطنين واللاجيئين السودانيين في منطقة غرب النيل .**

هدفت الدراسة إلى مقارنة مدى انتشار الأحداث الصدمية وعلاقتها بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة في شمال يوغندا وجنوب السودان .

اتبعت الدراسة المنهج المسحي الديمغرافي كمنهج للدراسة حيث جمعت المعلومات على المستوى الفردي والطواف على البيوت .

أخذت عينة الدراسة بنظام القطاعات في كل من قطاع بيفو Yivu،أوديبي Odupi وميديا Media بشمال يوغندا ، وقطاع نهرياي Yei River في منطقة اوتوغوOtogo بجنوب السودان .وأخذت عينة الدراسة عن طريق العينة العشوائية الطبقية واشتملت العينة على (3323) من الراشدين (متوسط أعمارهم :30 سنة ،75% من النساء) وخرجت الدراسة بالنتائج التالية :

إن أعداداً كبيرة من اللاجيئين السودانيين تعرضوا وشاهدوا خبرات من العنف في السنة الماضية ،ومشاهدة الأحداث الصدمية تنبيء بظهور اضطراب ما بعد الصدمة . وفي البحث الديمغرافي السكاني وجد أن النوع ،العمر ،التعليم ،والعمل يرتبط بصورة علمية بتطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .وأظهرت الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة وسط السكان السودانيين المقيمين كانت بنسبة 48% ،ووسط السودانيين اللاجيئين كانت بنسبة 46% ،ووسط المواطنين اليوغنديين كانت بنسبة 18%.

3- **دراسة مجاهد مصطفى الفكي (2008)** بعنوان **إضطرابات الضغوط التالية للصدمة ومدى تحملها وسط مواطني ولاية الخرطوم المتأثرين بأحداث الإثنين الأول من آغسطس 2005.**

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار ضغط ما بعد الصدمة وسط مواطني ولاية الخرطوم عقب أحداث آغسطس 2005، ومعرفة مدى قدرة تحمل مواطني ولاية الخرطوم للضغوط النفسية الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة بسبب أحداث آغسطس ع2005 .

بلغت عينة الدراسة (159) منهم (85) من الشماليين و(74) من الجنوبيين بولاية الخرطوم ،وقد تم اختيار العينة عن طريق العينة العشوائية البسيطة .

من النتائج التي توصل لها البحث : يتميزاضطراب ما بعد الصدمة بالارتفاع وسط مواطني ولاية الخرطوم الذين تعرضوا لأحداث الإثنين الأول من آغسطس 2005، وأنه لا توجد فروق ارتباطية وذات دلالة إحصائية ترجع للعمر الزمني ،التعليم ،الحالة الإجتماعية ،المهنة.

## الدراسات العربية :

أورد عبد الخالق (1998) عدداً من الدراسات حول الصدمات النفسيمة عن غزو الكويت منها:-

1. **دراسة مركز البحوث التربوية (1992):دراسة مسحية لتشخيص رد الفعل الإجهادي (اضطراب ما بعد الصدمة ) بسبب الاحتلال العراقي للكويت من سن 7 إلى 17 سنة .**

اشتملت العينة على (1299) طفلاً في الفئة العمرية من (7- 10) سنوات , و( 1482) مراهقاً في الفئة العمرية من (11-17) سنة .

وتتلخص النتيجة الأساسية لهذه الدراسة في أن معظم أطفال العينة قد تعرضوا لصدمة الحرب المؤلمة مما نتج عنه الإصابة بإضطراب الضغوط التالية للصدمةعلى مستويات مختلفة والتي تتراوح من خفيفة إلى شديدة جداً .

**2-دراسة خضر بارون (1993 م)**بعنوان : **دراسة الإضطرابات النفسية و الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتين.**

تكونت العينة في هذه الدراسة من (450) طالباً وطالبة ممن يدرسون في المدارس الثانوية , واستخدمت استمارة بيانات إجتماعية عامة , واستبانة معاناة الفرد في أثناء العدوان ....إلخ , وقائمة الإضطرابات النفسية الجسمية ...إلخ , وقد كشفت هذه الدراسة عن فروق دالة إحصائياً في الإضطرابات النفسية الجسمية بين فترات قبل العدوان وخلاله وبعده , حيث زادت هذه الإضطرابات في أثناء العدوان عنها قبله , وكذلك انخفضت بعد العدوان عن قبله , كما لم تتغير متوسطات الإضطرابات النفسية الجسمية تبعاً لمكان الإقامة في أثناء العدوان (خارج الكويت وداخلها) , وظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الإضطرابات النفسية الجسمية (متوسط الإناث أعلى), على الرغم من ان معناة الذكور من العدوان كانت أكبر من الإناث.

3- **دراسة فوزية عباس هادي (1995)** عنوان الدراسة : **تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم.**

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم النتائج النفسية والفيزيولوجية الناتجة عن أزمة الخليج على أطفال الكويت الذين تعرضوا لأشكال حادة منها ، بسبب أعمال القتل والخطف والتعذيب التي نفذت في آبآئهم . وتلخص الهدف الثاني لهذه الدراسة في تقويم النتائج النفسية للأزمة على آبآء هؤلاء الاطفال . تألفت العينة من (151) طفلاً كويتياً تتراوح أعمارهم بين (9-12) عاماً إضافة إلى (140) من والديهم .

وأظهرت النتائج أنه بعد سنتين من انتهاء أزمة الخليج فإن الأطفال الذين تعرضوا لصدمة حادة وكذلك آباؤهم ما زالوا يكشفون عن مستويات من القلق النفسي ، كما دلت هذه الدراسة على أن هذه الخبرات الصدمية قد أثرت في الأطفال بصرف النظر عن جنسهم ذكوراً أو إناثاً .

- **دراسة ثابت وفوستانيس (2002)** :

كشفت نتائج هذه الدراسة أن الاطفال الذين تعرضوا للقصف وهدمت بيوتهم ظهرت لديهم اضطرابات مابعدالصدمة ،وتمثلت في صعوبة في التركيز بنسبة (85.3 %) وصعوبة في النوم بنسبة (57.2%) وتجنب تذكر الحادث الصادم بنسبة(51.7%) كما ظهر لديهم الخوف بصورة واضحة .

**5-دراسة ثابت وآخرين (2004) :**

تكونت العينة من

(403) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (9-15) سنة يعيشون في أربعة مخيمات ، سجل نصف الأطفال (52.6%) كرب ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة و (23.9%) بدرجة شديدة .

**6-دراسة المجدلاوي (2004) :**

تكونت العينة من (432) طفلاً فلسطينياً في قطاع غزة ،هدفت الدراسة إلى تقييم أثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال خلال انتفاضة الأقصى من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب في المرحلة الإعدادية ، وتوصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال بلغ (71.2%) . كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين الخبرات الصادمة وتطورضغط ما بعد الصدمة من جهة ، ومستوى التحصيل الدراسي من جهة أخرى .

7- **دراسة ثابت وآخرين( Thabet et al 2006)** :

تكونت العينة من (350) طفلاً من الضفة الغربية وقطاع غزة بينت الدراسة أن الأطفال في غزة قد تعرضوا لمتوسط صدمات نفسية بلغت 5.1 صدمة ، وأما أطفال الضفة الغربية فقد كان متوسط الصدمات لديهم 7.5 صدمة . وكان هناك علاقة بين الصدمات النفسية وضغط مابعد الصدمة الذي بلغ 34% في الأطفال في الضفة الغربية و (39%) في أطفال قطاع غزة .

## الدراسات الأجنبية :

1- دراسة سندي ميلس وآخرين (2005-2008) **بعنوان فحص التعرض الصدمي واضطراب ما بعد الصدمة وسط المراهقين في الحرب التي شهدتها جمهورية شرق الكنغو الديمقراطية** :

هدفت الدراسة إلى فحص الصحة النفسية وسط المراهقين بجمهورية شرق الكنغو ، وذلك لما شهدته البلاد من أزمات منذ العام (1996).استخدم الباحثون مقياسي التعرض للأزمات الطارئة للمراهقين ، ومقياس تأثير الأحداث . توصلت الدراسة إلى أن من بين (477) من الإناث و(569) من الذكور (95.0%) خبروا على الأقل حدثاً صدمياً واحداً . وكان تعرض المراهقين في المتوسط (4.71) حدثاً صدمياً . وكان معدل التعرض للصدمة عالياً خصوصاً وسط الذكور سواءً في المناطق الريفية أو الحضرية في المجموعات الأكبر سناً ممن فقد أبوه أو أمه . ومن بين (990) من المفحوصين خبر (52,2%) اضطراب مابعد الصدمة ، وترتبط الأعراض بقوة بالتعرض المتكرر للصدمة ، غير أن قوة هذا الارتباط تختلف قليلاً في المناطق السكنية للإناث .

2- دراسة كاثرين بريك وآخرين (2006) بعنوان :**العنف والمعاناة والصحة النفسية في أفغانستان دراسة مسحية على المدارس .**

تكونت العينة من (1011) طفلاً تضم الفئة العمرية ما بين (9-16 سنة) تم اختيارهم من (25) مدرسة حكومية من مناطق (كابول ، باميان ، ومزار شريف ) هدفت الدراسة إلى تقييم الصحة النفسية والخبرات الصدمية والتشغيل الإجتماعي وسط مجتمع الدراسة . ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن ثلثي الأطفال قد تعرضوا لخبرات صدمية .

**3- دراسة ماجوازا وآخرون (1993)** بعنوان: **الآثار النفسية للصراع والعنف المرتبطة بالحروب على الأطفال في سن ما قبل المدرسة في جنوب إفريقيا.**

وقد اشتملت العينة على 148 طفلاً وقد تم التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة عندهم على أساس تقدير المعلمين لهم وفقاً لاستبيان اضطراب ما بعد الصدمة ، وقد طلب من هؤلآء الأطفال رسم صور للأشياء التي خبروها في حياتهم .وقد توصل الباحثون إلى نتائج تشير إلى أن رسوم الأطفال لم تكن منبئات جيدة لاضطراب ما بعد الصدمة . فكلما كان الطفل أكثر قدرة على التعبير عن الصدمة الانفعالية من خلال الرسوم ، يحتمل أن تقل معاناته من اضطراب ما بعد الصدمة .

**4- دراسة كنزي وآخرون (1986)** بعنوان **الآثار النفسية الناتجة عن الصدمة للأطفال الكمبوديين.**

أجرت الدراسة مقابلات مقننة مع أربعين طالباً ممن كانوا مودعين في معسكرات الاعتقال في كمبوديا بين عامي 1975 و1979 وكانت أعمارهم حينذاك تتراوح ما بين 8-12 سنة وبعد عامين من عيشهم في معسكرات اللاجيئين تم تهجيرهم إلى الولايات المتحدة الأمريكية وهم يبلغون من العمر 14 سنة تقريباً ، وقد شاهد هؤلاء الأطفال الكثير من أحداث القتل ومناظر التعذيب والموت وكانوا يجبرون على العمل الشاق ،ويتعرضون للضرب والتعذيب والتجريح اضافة إلى ماعانوه من انفصال عن أسرهم .وقد أجرى الباحثون تلك المقابلات بعد أربع سنوات من رحيلهم عن كمبوديا ،وقد تبين أن عشرين من هؤلاء الأطفال(50%) يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الثالث DSM-III ولدى خمسة طلاب (12%) اضطراب الإكتئاب الأساسي ، ولدى طفل واحد (2%) اضطراب اكتئابي بسيط ، ولدى خمسة عشر طفلاً (38%) اضطراب اكتئابي متقطع ، وقد أبدى ثلاثة أطفال (8% ) اضطراب الهلع ، وسبعة أطفال (18%) اضطراب القلق العام . وقد أجريت مقابلات مع ستة من الاطفال الذين فروا من كمبوديا قبل اندلاع الحرب فيها ، ويمثل هؤلاء الأطفال مجموعة ضابطة حيث لم تبد دلائل تشخيصية عن الاضطابات التي تميز أقرانهم المصدومين .وقد تبين أنه فيما عدا المشكلات الانفعالية لم يختلف الطلاب المصدومين عن أطفال المجموعة الضابطة من حيث الأداء الأكاديمي .

## تعقيب على الدراسات السابقة :

يتضح من الدراسات السابقة بعض النقاط التي يمكن تلخيصها في الآتي :

1. **الموضوع :** كل الدراسات السابقة التي تم عرضها ذات صلة بموضوع الدراسة ولم تذكر أي دراسة من الدراسات التي تم عرضها موضوع الدراسة الحالية ، كما استخدم الباحث قائمة أعراض الصدمة النفسية وهو مقياس عالمي قننه الباحث على البيئة السودانية مما يمكن استخدامه من قبل الدارسين مستقبلاً . ورغم أن السودان قد شهد عدداً

من الصراعات لفترات طويلة غير أن الباحث لم يجد سوى ثلاث دراسات ليس من بينها دراسة تناولت شريحة الأطفال أو المراهقين .

2. **الزمن :** بعض هذه الدرسات تمت في التسعينات من القرن الماضي خاصة التي تناولت غزو الكويت ، كما أن بعض ها تمت بعد الألفية الثانية.
3. **الأدوات :** بعض الأدوات مصممة من قبل الباحثين وبعضها استخدم مقاييس مصممة مسبقاً مع تعديلها على بيئة الدراسة .
4. **النتائج :** توصلت معظم الدراسات إلى أن الحروب وأحداث العنف تنجم عنها إضطرابات نفسية متعددة لاسيما إضطراب ما بعد الصدمة .

## الإستفادة من الدراسات السابقة :

استفاد الباحث من الدراسات السابقة التي تم عرضها في الآتي :

1. إثراء الجانب النظري للدراسة الحالية . .
2. تدعيم تفسير مناقشة النتائج .

## موقع الدراسة من الدراسات السابقة :

1-هذه هي الدراسة الوحيدة التي تناولت أزمة دارفور من بعدها النفسي على الأطفال والمراهقين على أساس منهجي حسب علم الباحث .

2- اختلفت بعض الدراسات السابقة في حدود وأهداف وطبيعة المشكلة التي أجريت لها الدراسة .

**3-** تناول الباحث متغيرات لم تتناولها الدراسات السابقة مما يعطيها موقعاً مميزاً من الدراسات السابقة .

# الفصل الثالث

## منهج البحث وإجراءاته

**تمهيد :**

يحتوي هذا الفصل على منهج الدراسة ، كما يحتوي على مجتمع الدراسة ، وأداة جمع البيانات ، وعينة الدراسة ، وإجراءات الدراسة ، ثم التحليل الإحصائي .

**3-1 منهج الدراسة :**

استخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي . تهدف الدراسة الوصفية فيما أورد الريماوي( 1994) إلى استكشاف الفروق ومجالاتها المختلفة , وكم هي واسعة أو ضيقة وما هي العوامل المسؤولة عنها تلك المجالات كما هي في الطبيعة دونما تدخل من الباحث , ليقدم في النهاية تقريراً وصفياً عما وصل إليه .أما البحوث الارتباطية فتدرس العلاقة بين المتغيرات , أو تتنبأ بحدوث متغيرات من متغيرات أخرى, مستخدمة في ذلك أساليب إحصائية متطورة مثل الإنحدار المتعدد و التحليل التمييزي والتحليل العاملي وغيرها. وتصف البحوث الارتباطية درجة العلاقة بين المتغيرات وصفاً كمياً , لأن الغرض من جمع البيانات تحديد الدراسة التي ترتبط بها متغيرات كمية بعضها بالبعض الآخر . تعتمد البحوث الارتباطية على معاملات الارتباط التي فيها معامل ارتباط حاصل ضرب العزوم لبيرسون , أو معامل ارتباط الرتب لسبيرمان , وهي نوع من الإحصاء الوصفي ، وتدلنا هذه المعاملات على درجة الارتباط بين متغيرين أو أكثر رجاء أبو علام (2007).

**3-2 : مجتمع الدراسة :**

تكون مجتمع الدراسة من كل الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا و الرياض بمدينة الجنينة بولاية غرب دارفور والبالغ عددهم حوالي (5200) طفلاً ومراهقاً ، تم اختيار عينة من(395) فرداً، (172) طفلاً (223) مراهقاً .

3-**3عينة الدراسة :**

تم تحديد عينة البحث بنسبة 6% تقريباً من مجتمع الدراسة فشمل (395) فرداً من مجموع (5200) ،عليه قام الباحث بالخطوات التالية لاختيار العينة :

1- تم اختيار العينة عن طريق المعاينة العشوائية الطبقية من معسكري أردمتا والرياض ،وتم اختيار العينة عشوائياً لأنها طريقة تسمح لكل فرد بفرصة متساوية لاختياره ضمن العينة .
2- تم تطبيق أدوات الدراسة على (172) طفل من معسكري أردمتا والرياض .

3- تم تطبيق أدوات الدراسة على (223) مراهق من معسكري اردمتا والرياض .

4- اصبح العدد النهائي للعينة (395) طفلاً ومراهقاً من معسكري أردمتا والرياض بمدينة الجنينة بولاية غرب دارفور .

**جدول (3-1) يوضح العدد الكلي لسكان المعسكرات ثم العدد الكلي للأطفال والمراهقين والعينة المأخوذة منهما .**

| إسم المعسكر | العدد الكلي للسكان | عدد الأطفال | عدد المراهقين | العينة المأخوذة |
|---|---|---|---|---|
| أردمتا | 27340 | 1000 | 1500 | (72) طفل ، و(100) مراهق |
| الرياض | 21092 | 1200 | 1500 | (100) طفل ، و(123) مراهق |

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد المراهقين في المعسكرين أكثر من عدد الأطفال .

يوضح الجدول (3-2) التكرار والنسب المئوية للمعلومات الأساسية لعينة الدراسة :

| المتغيرات | مستويات المتغير | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| العمر | 9 | 56 | 14.2 |
| | 10 | 62 | 15.7 |
| | 11 | 54 | 13.7 |
| | 12 | 49 | 12.4 |
| | 13 | 56 | 14.2 |
| | 14 | 42 | 10.6 |
| | 15 | 39 | 9.9 |
| | 16 | 37 | 9.4 |
| | المجموع | 395 | 100.0 |
| | ذكر | 227 | 57.5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| النوع | أنثى | 168 | 42.5 |
| | المجموع | 395 | 100.0 |
| المستوى التعليمي | أمي | 28 | 7.1 |
| | خلوة | 47 | 11.9 |
| | أساس | 309 | 78.2 |
| | ثانوي | 11 | 2.8 |
| | المجموع | 395 | 100.0 |

يتضح من الجدول أعلاه أن أكثر من 50% من العينة ذكور ، كما أن معظمهم في مرحلة الأساس وتتراوح أكثر الأعمار بين 9-13 سنة .

**4-3 :أداة جمع البيانات:**

استخدم الباحث مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال ( Trauma Symptoms Check List For Children) وهو مقياس عالمي معد لقياس الصدمة النفسية عند الأطفال من عمر (8-16) سنة , يحتوي المقياس على 54 عبارة تفحص ستة أبعاد وهي : إضطراب ضغط ما بعد الصدمة – القلق – الأكتئاب - التفكك – الغضب – وإضطراب عدم التوافق الجنسي (ملحق رقم2).

قام الباحث بترجمة هذا المقياس من الإنكليزية إلى العربية بوحدة الترجمة بجامعة الخرطوم(ملحق رقم3), ثم قام بمساعدة بعض الزملاء من دارفور لتحويل العبارات إلى اللهجة الدارفورية حتى يسهل التعامل معه عند عرضه على المعنيين بمعسكرات النازحين في دارفور (ملحق رقم4).

طريقة تصحيح المقياس : هناك أربع خيارات لا يحدث إطلاقاً يعطى الرقم (1) , ويحدث أحياناً يعطى الرقم (2), ويحدث كثيراً يعطى الرقم (3) , ويحدث دائماً تقريباً يعطى الرقم(4).

**الصدق الظاهري للمقياس** :

تقوم فكرة الصدق الظاهري على ملاءمة المقياس لما وضع له ، لذلك تم عرض المقياس على عدد من المحكمين (ملحق رقم 1 ) فرأوا أنه مقياس يصلح لموضوع الدراسة , ورأى بعضهم حذف العبارات التي تقيس البعد الجنسيي من المقياس وهو الرأي الذي أصر عليه الموظفون بمعسكرات النازحين في دارفور ، عليه قام الباحث بحذف تلك العبارات وعددها عشرة (ملحق رقم 8) ليصبح عدد العبارات التي استقر عليها المقياس (44) عبارة (ملحق رقم5) .

**حساب الصدق والثبات :**

لقياس الصدق والثبات قام الباحث بتطبيق المقياس (بعد التعديل الذي أشار إليه المحكمون) على عينة من 40 طفلاً من معسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة ، عليه تم حساب الدرجة الكلية للعبارات ومن ثم حساب معامل الارتباط لبرسون بين كل عبارة والدرجة الكلية ، وبعرض الجدول أدناه يتضح صدق وثبات العبارات لأبعادها .

جدول (3-3) يوضح معامل الارتباط لبرسون بين كل عبارة والدرجة الكلية .

| البعد | الرقم | معامل الإرتباط | رقم العبارة داخل المقياس | معامل ثبات البعد داخل المقياس |
|---|---|---|---|---|
| اضطراب ضغط ما بعد الصدمة | 1 | .538 | 1 | .819 |
| | 2 | .688 | 3 | |
| | 3 | .518 | 10 | |
| | 4 | .360 | 11 | |
| | 5 | .467 | 12 | |
| | 6 | .465 | 35 | |
| | 7 | .529 | 43 | |
| | 8 | .527 | 51 | |
| القلق | 9 | .572 | 2 | .849 |
| | 10 | .579 | 15 | |
| | 11 | .455 | 24 | |
| | 12 | .468 | 25 | |
| | 13 | .554 | 32 | |
| | 14 | .611 | 33 | |
| | 15 | .537 | 39 | |
| | 16 | .531 | 41 | |
| | 17 | .527 | 50 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **الغضب** | 18 | .541 | 6 | .809 |
| | 19 | .588 | 13 | |
| | 20 | .546 | 19 | |
| | 21 | .590 | 20 | |
| | 22 | .591 | 21 | |
| | 23 | .586 | 36 | |
| | 24 | .666 | 37 | |
| | 25 | .630 | 46 | |
| | 26 | .602 | 49 | |
| **الاكتئاب** | 27 | .438 | 7 | .808 |
| | 28 | .568 | 9 | |
| | 29 | .612 | 14 | |
| | 30 | .591 | 20 | |
| | 31 | .475 | 26 | |
| | 32 | .637 | 27 | |
| | 33 | .300 | 28 | |
| | 34 | .591 | 42 | |
| | 35 | .511 | 52 | |
| **الانشقاق** | 36 | .382 | 5 | .795 |
| | 37 | .499 | 18 | |
| | 38 | .588 | 29 | |
| | 39 | .482 | 30 | |
| | 40 | .609 | 31 | |
| | 41 | .635 | 38 | |
| | 42 | .569 | 45 | |
| | 43 | .542 | 48 | |
| | 44 | 0497 | 53 | |

يتضح من الجدول أن كل معاملات الثبات للمقياس تتمتع بدرجات أعلى في نسبتها من الحد الأدنى الذي يجب أن يكون عليه الثبات ، الأمر الذي يمكن الباحث من استخدامه في الدراسة . **3**

**3-5 إجراءات الدراسة:**

اتبع الباحث الخطوات التالية في تنفيذ إجراءات الدراسة :

أولاً : قام الباحث بتحديد المشكلة التي يسعى لتنفيذ الخطوات المناسبة لها .

ثانياً : جمع المعلومات ذات الصلة بموضوع البحث ، كما تم جمع الدراسات السابقة والبحوث المتعلقة بموضوع الدراسة مما توفر من دراسات سودانية وعربية وأجنبية .

ثالثاً : اختيار أدوات البحث وتنفيذها والتأكد من صلاحيتها للاستخدام في البيئة السودانية وملاءمتها لعينة الدراسة .

رابعاً :حدد الباحث مجتمع العينة الممثلة له من الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بمدينة الجنينة بولاية غرب دارفور, وذلك بأخذ عينة عشوائية من المتأثرين بالأحداث في دارفور .

خامساً : تم تدريب الموظفين الذين سيوزعون الاستمارات على كيفية ملأ الاستمارات ، وتنبيههم على الاختيار العشوائي .

سادساً:تطبيق أدوات البحث .

سابعاً: تم تفريغ الأدوات وتصحيحها وتحويل تلك الاستجابات إلى أرقام كمية لإجراء التحليل الإحصائي عليها .

ثامناً :قام الباحث بإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة على البيانات ،وذلك لاختبار فروض البحث وتقديم النتائج واقتراح التوصيات في ضوء النتائج التي خرج بها الباحث .

**الصعوبات التي واجهت الباحث :**

1. بعد المنطقة موضوع الدراسة حيث تقع مدينة الجنينة أقصى غرب السودان مما اضطر الباحث للسفر إلى دارفور والإقامة بها حوالي شهر لجمع المعلومات المتعلقة بالدراسة .
2. عدم توفر إحصاءات ومعلومات كافية عن شريحة الاطفال والمراهقين و إنما كانت المعلومات تقديرية .
3. لم يتمكن الباحث من تقديم استمارات البحث بنفسه للعينة بهدف الدراسة وإنما تم ملء الإستمارات بواسطة فريق يعمل باحد المنظمات ، بعد ان قام بتدريبهم على كيفية ملء الإستمارة والهدف من الدراسة ، وذلك لأن دخول الباحث لم يكن ممكناً بالوقت الكافي الذي يسمح بملء هذا العدد من الاستمارات ولأن سكان المعسكرات أكثر ثقة في التعامل مع المنظمات و موظفيها من غيرهم .
4. اضطر الباحث لحذف كل العبارات المتعلقة بالإضطرابات الجنسية لأنها في رأي الموظفين العاملين داخل المعسكرات عبارات غير مقبولة ومستهجنة من قبل سكان المعسكرات حسب خلفيتهم الدينية والثقافية وذلك قد يؤدي

إلى عدم التعاون في ملأ الاستبيان ورفضه كلياً ، وكان نتيجة ذلك أن قام الباحث بالإستغناء عن كل الإستمارات المعدة مسبقاً وإعداد استمارات جديدة لاتحتوي على العبارات المعترض عليها .

5. اشترطت المنظمة المشرفة على ملء الإستمارات أن يلتقي الباحث بشيوخ المعسكرات ويشرح لهم فكرة وهدف الدراسة ، لأنه من غير موافقة الشيوخ لا يمكن إجراء البحث داخل المعسكرات ، وكان الإجتماع بهؤلاء الشيوخ وفق الجدول الزمني المعد من قبل المنظمة في وقت أطال أيضاً وجود الباحث في دارفور أكثر مما توقع .
6. اشترطت الجهات التي ساعدت الباحث في دارفور وأمدته بتقارير مفصلة عن أوضاع المعسكرات وطبيعة المشاكل التي تعانيها أن لايتم ذكرها أو الإشارة اليها و حال ذلك دون ذكر تلك المعلومات المهمة في هذا البحث .
7. تأخر مدة البحث لعدم الاستقرار الأمني أحياناً في معسكرات النازحين .

**3- 6 المنهج الإحصائي المستخدم :**

استخدم الباحث حزمة البرامج الإحصائية (SPSS) وكانت التحليلات كالاتي :

1- اختبار (ت) للمجموعة الواحدة لمعرفة السمة العامة المميزة لأبعاد الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين بولاية غرب دارفور .

2- اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين لمعرفة الفروق في أبعاد الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين في دارفور حسب النوع (ذكر ، أنثى ) .

3-اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط الاطفال والمراهقين في دارفور تبعاً للمستوى التعليمي (ثانوي ، أساس ، خلوة ، أمي ) .
4- اختبار توكي للتحليل البعدي .
5- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين أبعاد الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين في دارفور والعمر الزمني .
6- اختبار فريدمان الرتبي للمقارنة بين مختلف أبعاد الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين في دارفور .

# الفصل الرابع

## عرض النتائج ومناقشتها

يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي توصل لها الباحث من خلال أدوات جمع البيانات المتخصصة ، وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به ، ومن ثم التعليق عليها ، ثم عرض لنتائج الدراسة .

**الفرض الأول :**

نص الفرض الأول على أنه "تتسم أبعاد الإضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور بالارتفاع بدرجة دالة إحصائياً" . ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) للمجموعة الواحدة ، فأظهرت النتيجة الجدول أدناه :

جدول (4-1) إختبار (ت) للمجموعة الواحدة لمعرفة السمة العامة المميزة لأبعاد الإضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور .

| الأبعاد | عدد العبارات | الوسيط النظيري | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | قيمة (ت) | القيمة الإحتمالية | الإستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| إضطرابات بعد الصدمة | **8** | **20** | **13.5** | **4.33** | **11.3** | **0.001** | تتسم الضغطوط في هذا البعد بالإنخفاض بدرجة دالة |
| القلق | **9** | **22.5** | **13.3** | **4.35** | **21.8** | **0.001** | تتسم الضغطوط في هذا البعد بالإنخفاض بدرجة دالة |
| التفكك | **9** | **22.5** | **14.1** | **4.41** | **17.1** | **0.001** | تتسم الضغطوط في هذا البعد بالإنخفاض بدرجة دالة |
| الغضب | **9** | **22.5** | **13.8** | **4.35** | **18.6** | **0.001** | تتسم الضغطوط في هذا البعد بالإنخفاض بدرجة دالة |
| الإكتئاب | **9** | **22.5** | **14.2** | **4.17** | **17.4** | **0.001** | تتسم الضغطوط في هذا البعد بالإنخفاض بدرجة دالة |

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تتسم بالإنخفاض بدرجة دالة .

**الفرض الثاني:**

ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط اطفال دارفور تبعاً للنوع.،ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين ، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي :

جدول رقم (4-2) اختبار (ت) للمجموعتين المستقليتن لمعرفة الفروق في أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور حسب نوع الطفل (ذكر ، أنثى) .

| الأبعاد | نوع الطفل | عدد الحالات | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | قيمة (ت) | القيمة الإحتماالية | الإستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| إضطراب بعد الصدمة | ذكر<br>أنثى | 218<br>167 | 13.6<br>13.3 | 4.1<br>4.5 | 0.789 | 0.431 | لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين |
| القلق | ذكر<br>أنثى | 218<br>167 | 13.0<br>13.2 | 4.2<br>4.4 | 0.311 | 0.756 | لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين |
| التفكك | ذكر<br>أنثى | 218<br>167 | 14.2<br>13.9 | 4.3<br>4.4 | 0.782 | 0.435 | لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين |
| الغضب | ذكر<br>أنثى | 218<br>167 | 14.0<br>13.6 | 4.3<br>4.3 | 0.827 | 0.409 | لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين |
| الإكتئاب | ذكر<br>أنثى | 218<br>167 | 14.3<br>14.0 | 4.1<br>4.1 | 0.824 | 0.410 | لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين |

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة بين أبعاد الاضطرابات النفسية والنوع (ذكر أو أنثى).

**الفرض الثالث :**

ينص هذاالفرض على أن هناك فروقاً في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور تبعاً لمستوى تعليم الطفل (ثانوي، أساس، خلوة ،أمي ) .

جدول (4-3) اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط اطفال دارفور تبعاً لمستوى تعليم الطفل (ثانوي – اساس – خلوة - أمي) .

| الأبعاد | مصدر التباين | مجموع المربعات | د ح | متوسط المربعات | قيمة (ت) | القيمة الإحتمالية | الإستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| إضطارب بعد الصدمة | بين المجموعات داخل المجموعات الكلي | 230.5<br>6991.7<br>7222.2 | 3<br>381<br>384 | 76.8<br>18.3 | 4.18 | 0.006 | توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد |
| القلاف | بين المجموعات داخل | 465.1<br>6745.5 | 3<br>381 | 155.0<br>17.8 | 8.68 | 0.001 | توجد فروق دالة بين المجموعات |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | المجموعات الكلي | 7210.7 | 384 | | | | في هذا البعد |
| التفكك | بين المجموعات داخل المجموعات الكلي | 290.2<br>7055.5<br>7345.7 | 3<br>381<br>384 | 96.7<br>18.8 | 5.12 | 0.002 | توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد |
| الغضب | بين المجموعات داخل المجموعات الكلي | 447.6<br>6829.6<br>7277.3 | 3<br>381<br>384 | 149.2<br>17.9 | 8.30 | 0.001 | توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد |
| الإكتئاب | بين المجموعات داخل المجموعات الكلي | 208.1<br>6305.1<br>6513.3 | 3<br>381<br>384 | 69.3<br>16.9 | 4.08 | 0.007 | توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد |

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد فروق دالة في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي للأطفال ، فلمعرفة أين تكمن هذه الفروق استخدم الباحث إختبار توكي للتحليل البعدي ، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن الفرق الدال بين المجموعات المختلفة حسب ما مبين في الجدول أدناه:

الجدول (4-4) اختبار توكي للتحليل البعدي لمعرفة الفروق بين المجموعات المختلفة .

| الأبعاد | المجموعات | عدد الحالات | المجموعات الفرعية ألفا = 0.05 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 |
| إضطراب ما بعد الصدمة | ثانوي<br>أساس<br>خلوة<br>أمي | 11<br>309<br>47<br>28 | 10.2<br>13.3 | 13.3<br>14.5<br>15.0 |
| القلق | ثانوي<br>أساس<br>خلوة<br>أمي | 11<br>309<br>47<br>28 | 9.55 | 12.7<br>15.0<br>15.2 |
| التفكك | ثانوي<br>أساس<br>خلوة<br>أمي | 11<br>309<br>47<br>28 | 10.7 | 13.8<br>15.3<br>15.8 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| الغضب | ثانوي<br>أساس<br>خلوة<br>أمي | 11<br>309<br>47<br>28 | 10.9<br>13.4 | 13.4<br>15.5<br>16.0 |
| الأكتئاب | ثانوي<br>أساس<br>خلوة<br>أمي | 11<br>309<br>47<br>28 | 11.2<br>14.0 | 14.0<br>15.0<br>16.6 |

يتضح من نتيجة التحليل البعدي, أن أطفال المرحلة الثانوية هم أقل عرضة لجميع الاضطرابات النفسية مقارنة بالمجموعات الأخرى .

**الفرض الرابع:**

ينص هذا الفرض على أنه (توجد علاقة دالة بين أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور والعمر الزمني) ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرين , فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي.

جدول (4-5) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين أبعاد الاضطر ابات النفسية وسط أطفال دارفور والعمر الزمني (ن=395)

| الأبعاد | معامل إرتباط مع العمر | القيمة الأحتمالية | الأستنتاج |
|---|---|---|---|
| إضطراب بعد الصدمة | 0.085 | 0.047 | توجد علاقة طردية دالة بين المتغيرين |
| القلق | 0.011 | 0.414 | لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين |
| التفكك | 0.101 | 0.024 | توجد علاقة طردية دالة بين المتغيرين |
| الغضب | 0.114 | 0.013 | توجد علاقة طردية دالة بين |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | المتغيرين |
| الأكتئاب | 0.067 | 0.097 | لاتوجد علاقة دالة بين المتغيرين |

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد علاقة طردية بين أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة والتفكك والغضب والعمر الزمني ، بينما لا توجد علاقة دالة بين بعدي القلق والإكتئاب والعمر الزمني.

**الفرض الخامس :**

ينص هذا الفرض على أن اضطراب ما بعد الصدمة يعتبر أكثر الاضطرابات انتشاراً وسط أطفال دارفور. ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار فردمان للمقارنة بين مختلف أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور , والجدول أدناه يوضح نتيجة هذا الأجراء .

جدول(4-6) اختبار فريدمان الرتبي للمقارنة بين مختلف أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور(ن=395)

| الأبعاد | متوسط الرتب | كا2 | درجة الحرية | القيمة الأحتمالية | الأستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|
| اضطراب ما بعد الصدمة | **3.75** | **204.9** | **4** | **0.001** | توجد فروق دالة بين مختلف متوسطات الإضطرابات النفسية , أعلاها إضطراب ما بعد الصدمة والإكتئاب , وأدناها القلق والغضب |
| التفكك | **3.01** | | | | |
| الغضب | **2.77** | | | | |
| الأكتئاب | **3.23** | | | | |
| القلق | **2.22** | | | | |

يتضح من الجدول أعلاه أن اضطراب ما بعد الصدمة هو الأعلى أي الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأدنى أي الأقل شيوعاً .

## مناقشة الفروض

**الفرض الأول :**

ينص هذا الفرض على أن أبعاد الإضطرابات النفسية وسط اطفال دارفورتتسم بالارتفاع بدرجة دالة إحصائياً .وقد بنى الباحث هذا الفرض من أثر الصدمات والضغوط النفسية في تكوين ونشوء الاضطراب النفسي وهذا ما أشارت إليه بعض مراجع الطب والعلاج النفسي مثال حامد زهران (2001) وأحمد عكاشة (بدون تاريخ ) وعبد الخالق (1998) . وقد كان الصراع الذي شهده إقليم دارفور عنيفاً لدرجة أنه هدد بقاء السودان كدولة حسام وذو النون (2009) عليه رأى الباحث أن درجة الاضطرابات النفسية ستكون مرتفعة ، ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) للمجموعة الواحدة ، فأظهرت النتيجة أن كل الأبعاد وهي (اضطراب ما بعد الصدمة ، الانشقاق ، الغضب ، الاكتئاب ، القلق) تتسم

بالإنخفاض بدرجة دالة ، عليه وجد الباحث عدم صحة هذا الفرض , ويعزي الباحث ذلك لسببين ، أولاً أن الدراسة قد تمت بعد عدة سنوات من الأحداث ووفق ما جاء في (ICD-10-1992) بأنه نادراً ما تتجاوز اضطرابات ما بعد الصدمة الستة شهور ، ومعظم الحالات يتوقع أن تشفى ، ونسبة قليلة من المرضى تستمر لديهم الأعراض لسنوات طويلة . السبب الثاني ان عدد السكان في المعسكرات يكون أحياناً حوالي النصف من غير النازحين كما في معسكر أردمتا ، وأحياناً اكثر من النصف بكثير كما في معسكر الرياض أي أن نسبة كبيرة من سكان المعسكرات لم يتعرضوا أصلاً لأحداث العنف في الإقليم .

ويرى الباحث أن هناك اضطرابين لهما علاقة بالصدمات يمكن أن يفسرا هذا الانخفاض ، أولهما اضطراب الضغط الحاد (ACUTE STRESS DISORDER) وهو كما جاء في (DSM IV-1994 ) يظهر في الأسابيع الأربعة الأوائل من الأحداث الكارثية ، كما يتم الشفاء من هذا الإضطراب في نفس الأسابيع الأربعة التي تمت فيها الإصابة بالإضطراب . وبالنسبة ل(ICD-IO-1992) والذي عرف هذا الإضطراب بـ رد فعل الضغط الحاد ( ACUTE STRESS REACTION) ، فهذا الاضطراب يبدأ بعد ساعات قليلة من الأحداث الصدمية إن لم يكن في نفس الوقت ، ثم تبدأ الأعراض في الإنخفاض بعد 24-48 ساعة ، وتكون قليلة جداً بعد ثلاثة أيام .فيحتمل أن عدداً من سكان المعسكرات قد خبروا هذا الإضطراب .الإضطراب الثاني : وهو ما يعرف برد فعل الضغط المتأخر( DELAYED STRESS REACTION) فهو كما يذكر عبد الخالق( 1998) و محمد النابلسي (1991) أن الدراسات التي تناولت الآثار البعيدة الناجمة عن صدمة الحروب قد بينت أن بعض الناجين من الحرب العالمية الثانية قد أظهروا اضطرابات بعد ما يقارب نصف قرن من نهاية الحرب أي ربما يكون الأفراد الذين تعرضوا للأحداث حاضنين للمرض وربما يظهر في وقت متأخر .

**الفرض الثاني :**

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور تبعاً للنوع (ذكر ، أنثى) وقد أخذ الباحث بهذا الفرض لما ذكرته بعض الدراسات بأن هناك فروقاً بين الجنسين ، فقدأوردالريماوي (1994) أن البحوث المهتمة بالفروق بين الجنسين والتي تناولت كآفة العوامل النفسية من قدرات وميول واتجاهات وسمات شخصية قد بينت وجود فروق بين الجنسين في النواحي الإنفعالية ، فالذكور أكثر ثباتاً من الإناث ،والإناث أكثر تعرضاً للعصاب . ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين ، فكانت النتيجة أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين تبعاً لمتغير النوع . عليه وجد الباحث عدم صحة هذا الفرض . وقد وجد الباحث أن هناك بعض الدراسات تتفق مع هذه النتيجة كما أن هناك دراسات تختلف مع هذه النتيجة. فقد ذكر عبد الخالق (1998) دراسة قام بها خضر بارون سنة ( 1993) عن الإضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين، حيث وجد أن معاناة الذكور من العدوان أكبر من الإناث ، كما ذكر عبد الخالق (1998) دراسة قامت بها فوزية الهادي سنة( 1995) حول تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ، وكانت النتيجة أن الخبرات الصدمية قد أثرت في الأطفال بصرف النظر عن جنسهم ذكوراً أو إناثاً . وبالرجوع لـ (DSM IV-1994) والـ (ICD-IO-1992)

وهما المرجعان التشخيصيان العالميان، نجد أنهما لم يشيرا إلى أن هناك تمايزاً من حيث الإصابة بالضغوط الناجمة عن الصدمات وفقاً للنوع (ذكر ، أنثى) .

**الفرض الثالث :**

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق في أبعاد الإضطرابات النفسية وسط اطفال دارفور تبعاً لمستوى تعليم الأطفال (ثانوي ، أساس ، خلوة ، أمي) ، ولمعرفة أين تكمن هذه الفروق استخدم الباحث اختبار توكي للتحليل البعدي ، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن أطفال المرحلة الثانوية هم أقل عرضة لجميع الاضطرابات النفسية مقارنة بالمجموعات الأخرى ، عليه وجد الباحث صحة هذا الفرض ، ولعل ذلك عائد بسبب أن الإنسان كلما ازداد علماً كلما كانت مواجهته لضغوط الحياة وكوارثها أقل ممن دونه علماً ، غير أن هذه النتيجة لا تتفق مع ما وصل إليه مجاهد (2008) حيث وجد في دراسته أنه ليس هنالك علاقة بين المستوى التعليمي (أمي ، اساس ، ثانوي ، جامعي ، فوق الجامعي) والإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ، وأرجع ذلك إلى أن عنصر المفاجأة والمباغتة وقوة الحدث الصدمي تعمل على تهديد كيان الفرد ، وبالتالي عملية الإحساس بالأمان ، والنجاة تصبح ملاذ كل فرد للخروج بأقل الخسائر ، وهنا تلعب خبرات الفرد في التعامل مع هذه الأحداث دوراً أهم من المستوى التعليمي . بل وجد أن بعد الإحجام والخدر أوجدا ارتباطاً سالباً بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والمستوى التعليمي عند مستوى الدلالة (0.05) ، وهذه النتيجة توضح أنه كلما تدنت المستويات التعليمية تدنت درجة الإصابة بأعراض الاحجام والخدر ، وهذا يدلل على أن الحدث الصدمي يتعاظم أثره مع أولئك الذين يعطون معنى أعمق للأحداث التي تمر بهم وبالتالي تزداد نسبة الإصابة بأعراض الاحجام مع ارتفاع المستوى التعليمي للفرد .

**الفرض الرابع :**

ينص هذا الفرض على أنه توجد علاقة دالة بين أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور والعمر الزمني ، بنى الباحث هذا الفرض من اختلاف الإنسان في قدراته العقلية والإنفعالية والجسمية والفيزيولوجية ...الخ باختلاف العمر ، وهذا ما تؤكده مراجع علم نفس النمو مثل : حامد زهران (1977) وعادل الأشول (1982) وأسامة راتب (1999) ومحمد الريماوي (2008) ،...الخ، ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرين فأظهرت النتيجة وجود علاقة طردية بين العمر واضطراب ما بعد الصدمة والتفكك والغضب ، بينما لا توجد علاقة دالة بين العمر وبعدي القلق والإكتئاب .هناك بعض الدراسات التي وجدت علاقة بين متغير العمر والاضطرابات الناجمة عن الصدمات فقد وجد دافيدسون وزملاؤه (1996) علاقة قوية بين محاولات الانتحار التي تحدث مؤخراً وبين من تعرضوا لاعتداءات قبل سن السادسة عشر كما وجد برسيلو (1996) أن الفتيات اللاتي تعرضن لصدمات قبل سنة الـ 15 كن أكثر عرضة لاضطراب ما بعد الصدمة من الأشخاص الأكبر عمراً ، أما مجاهد (2008) فلم يجد أي فروق ذات دلالة احصائية ترجع الى العمر الزمني وأرجع ذلك إلى أن المراحل العمرية لا تخلق أي معيار تفاوتي من حيث تحمل الضغوط الناتجة عن الصدمات.

**الفرض الخامس :**

ينص هذا الفرض على أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يعتبر من أكثر الاضطرابات انتشاراً وسط أطفال دارفور وهذا الفرض مبني باعتبار أن اضطراب ما بعد الصدمة يعتبر من الاضطرابات الأساسية الناتجة للكوارث والضغوط كما أشار إلى ذلك شيرالدي (1999) و(DSM IV-1994) ...الخ ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار فردمان للمقارنة بين مختلف أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور , وكانت النتيجة أن اضطراب مابعد الصدمة هو أعلى هذه الاضطرابات يليه الاكتئاب , وأدنى الاضطرابات القلق والغضب , وهذه النتيجة توضح صحة الفرض , وهو ما أكدته العديد من الدراسات ، فقد ذكر مجاهد (2008) أن اضطراب ما بعد الصدمة مرتفع وسط سكان ولاية الخرطوم على اثر أحداث موت قرنق يوم الاثنين الأول من أغسطس(2005). كما أوضحت دراسة عبد العزيز ثابت وآخرون (2006) أن الأحداث الصدمية تسبب اضطرابات ضغط مابعد الصدمة في وسط الأطفال , وأوضحت الدراسة أيضاً أن هنالك (72.8%) من الأطفال الفلسطينيين لديهم أعراض خفيفة , (41%) لديهم أعراض متوسطة وحادة بسبب العدوان الإسرائيلي ، وأورد نفس الموقع دراسة المجدلاوي (2004) ومن نتائج الدراسة أن معدل انتشار ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينين الذين تعرضوا لخبرات صادمة خلال انتفاضة الاقصى بلغ 71.2 %وقد أورد عبد الخالق (1998) عدداً من الدراسات مثل دراسة كاثلين نادر (1993) وأوضحت أن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة تنتشر وسط الأطفال والمراهقين الكويتيين بسبب العنف والحروبات .

# الفصل الخامس

## خاتمة البحث

**تمهيد:** يتم في هذا الفصل تلخيص أهداف وفروض ونتائج الدراسة ، كما يتم وضع التوصيات وتقديم مقترحات لإجراء دراسات مستقبلية وفي الختام قام الباحث بتثبيت كافة المراجع والملاحق .

**أولاً: الخلاصة**

هدف الباحث من دراسته هذه إلى الوقوف على الصدمات النفسية لدى الأطفال والمراهقين في دارفور بسبب النزاع المسلح الذي اندلع في العام (2003)، والنزاعات المسلحة كما هو معلوم من مسببات الإضطرابات النفسية , وقد

قامت عدد من الدراسات في المناطق التي شهدت حروباً ونزاعات مثل اعتداء العراق على الكويت , والإحتلال الأمريكي على العراق , أو الحرب الأسرائيلية اللبنانية , أو العدوان الإسرائلي الأخير على غزة .

تكون البحث من أربعة فصول , الفصل الأول : هو خطة البحث صاغ فيه الباحث مشكلة البحث وأهميته وفروضه وأهدافه وأهميته ثم مصطلحاته , تكون البحث من خمسة فروض هي : أنه توجد إضطرابات نفسية بدرجة مرتفعة لدى الأطفال والمراهقين بسبب النزاع المسلح في دارفور , ثم هناك علاقة بين متغيرات النوع والعمر والمستوى التعليمي والإصابة بالإضطراب النفسي وأن إضطراب ما بعد الصدمة هو أكثر الإضطرابات شيوعاً , كانت النتيجة أن الإضطرابات موجودة بدرجة منخفضة وعزا الباحث ذلك إلى طول المدة بين بداية الأزمة والدراسة حيث إن الفاصل الزمني حوالي سبعة سنوات وتلك المدة قد يتعافى فيها الكثيرمن الأشخاص من الإضطرابات التي قد خبروها وقت الأزمة , كما أشارت إلى ذلك بعض الدراسات , أو أن الأفراد قد عانوا من إضطراب الضغط الحاد أو أن الإضطراب قد يظهر في وقت لاحق . لم يجد الباحث علاقة بين العمر والنوع والإصابة بالإضطراب النفسي , كما وجد الباحث أن طلاب المرحلة الثانوية هم أقل الفئات تعرضاً للإضطرابات النفسية وهو فرض ذهب إليه الباحث بعلاقة المستوى التعليمي بالإضطراب النفسي , كما وجد الباحث أن إضطراب مابعد الصدمة هو أكثرالإضطرابات شيوعاً وسط الأطفال والمراهقين,إستخدم الباحث في توصله لتلك النتائج المنهج الوصفي الإرتباطي .كما أوصى الباحث بالعمل على حل مشكلة دارفور من كل جوانبها , وقيام منظمات تقدم الخدمات النفسية لسكان المعسكرات , وإنشاء مشاريع تنموية , وإعادة المواطنين إلى ديارهم بعد تأمينهم وتعويضهم .

## ثانياً: التوصيات

**بناء على ما توصل إليه الباحث من نتائج يوصي الباحث بالآتي :**

1. قيام منظمات خاصة لتقديم الخدمات النفسية كالعلاج والإرشاد النفسي , حيث لا توجد على حسب علم الباحث منظمة خاصة بتقديم الخدمات النفسية رغم أن المنظمات التي تعمل في دارفور تبلغ العشرات .
2. إجراء المزيد من البحوث عن الإضطرابات النفسية بسبب النزاعات لمختلف الفئات العمرية , وكذلك المشاكل النفسية الناتجة من حياة المعسكرات , ثم المشاكل المستجده في المعسكرات مثل تناول المخدرات والكحول وحالات الحمل غير الشرعي والتفكك الأسري ....إلخ
3. بناء المزيد من المدارس لمختلف المراحل فهناك إحصائيات تقول إن نسبة الإستيعاب الظاهري بمرحلة الأساس قبل الأزمة كانت 35% من جملة الأطفال المستحقين لدخول المدارس , في حين لا تتجاوز نسبة الإستيعاب الظاهري للمرحلة الثانوية 12% أنور عطا المنان (2008) فازدياد التعليم والوعي بين السكان يساهم في السيطرة على النزاعات وطريقة معالجتها .
4. تهيئة ديار وقرى للمواطنين التي دمرتَ وحرِقت منازلهم , ثم تعويضهم لما لحق بهم من أضرار , حتى يرجعوا إلى مواطنهم ويتخلصوا من حياة المعسكرات البائسة التعيسة .

**ثالثاً : مقترحات لبحوث مستقبلية**

1. إجراء دراسات عن الآثار النفسية للفئات العمرية التي لم تبحثها هذه الدراسة .
2. دراسة المشاكل النفسية بسبب الحياة في معسركات النزوج .
3. دراسة المشاكل السلوكية وسط الأطفال والمراهقين بمعسركات النازحين في دارفور.
4. دراسة الاضطرابات النفسجسمية الناجمة من النزاعات وسط سكان معسكرات النازحين .
5. دراسة أثر حياة المعسكرات على الدافعية للعمل والإنتاج .
6. دراسة التغيير في بعض أنماط شخصية بسبب حياة المعسكرات .

## الملاحق والمراجع

**أولاً المراجع :**

**أولاً :العربية :**


1. إبراهيم محمد إسحاق / دارفور وخدمة الحرمين الشريفين / جمع وتوزيع كيرا للخدمات الإعلامية والإنتاج الفني بالتعاون مع مركز دارفور للدراسات الإسلامية والإريقية ومنظمة الميارم الثقافية / بدون تاريخ .
2. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور الأفريقي المصري /لسان العرب / دار صادر –بيروت – لبنان /(1994 ) .
3. أبو حامد محمد بن محمد بن محمد الغزالي / إحياء علوم الدين /عالم الكتب / القاهرة مصر /بدون تاريخ .
4. أبو داود / السنن / راجعه محمد محي الدين عبد الحميد / دار الفكر / بدون تاريخ .
5. أحمد عكاشة / الطب النفسي المعاصر / مكتبة الأنجلو المصرية .القاهرة .مصر / بدون تاريخ.
6. أحمد محمد الزعبي / النمو الإنساني في الطفولة والمراهقة (مراحل النمو – المشكلات وسبب علاجها) / دار الفكر دمشق سورية (2007) .
7. أحمد محمد عبد الخالق / الصدمة النفسية "مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت / لجنة التأليف والتعريب والنشر الكويت / الطبعة الأولى / (1998) .
8. إدريس محمد نور بابكر / الكوارث ماهي ؟ ماخبرها ؟ وكيف يمكن التعامل معها ؟ / مطبعة التمدن المحدودة – الخرطوم – السودان / الطبعة الأولى/ ( 2006) .
9. أسامة كامل راتب / النمو الحركي (مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق ) / دار الفكر العربي /القاهرة مصر/ ( 1999) .
10. الزبير بشير طه /علم النفس في التراث العربي الاسلامي/مطبعة جامعة الخرطوم –السودان / (1995).

11. الطيب إبراهيم عيسى – ومبارك عبد الحميد / تقارير ووثائق عن أزمة دارفور /سلسلة مطبوعات مركز البرار للإنتاج الإعلامي . منظمة إفريقيا العدالة أصداره رقم (1) /( 2007).
12. القرآن الكريم .
13. الكتاب المقدس دار الكتاب المقدس في الشرق الأوسط / (1997) .
14. اليونسيف / إتفاقية حقوق الطفل / (2002 – 2004)
15. آمال الصادق وفؤاد أبوحطب / نمو الأنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين / المكتبة الأنجلو المصرية القاهرة مصر / الطبعة الرابعة / (1991).
16. ايدام إبراهيم آدم و منى محمد طه أيوب / مهددات التعايش السلمي بدارفور / الناشر مركز دراسات السلام والتنمية جامعة زالنجب / شركة الجديان للطباعة والنشر( 2001) .
17. بركات حمزة حمزة حسن / علم النفس المدرسي / الدارالدولية للإستثمارات الثقافية القاهرة – مصر/ ( 2008) .
18. بلة عباس الزين / التداخل القبلي بين دول الجوار أساس الإستقرار السياسي في السودان / شركة مطابع السودان للعملة المحدودة / الطبعة الأولى/ ( 2009) .
19. جان لا بلاش و.ج.ب. بونتاليس / معجم التحليل النفسي / ترجمة الدكتور مصطفى حجازي / المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع بيروت لبنان / (1985) .
20. حامد عبد السلام زهران / الصحة النفسية والعلاج النفسي /عالم الكتب / (2001) .
21. حامد عبد السلام زهران /علم نفس النمو / عالم الكتب / القاهرة مصر / الطبعة الرابعة (1977).
22. محمد قاسم عبد الله / اتجاهات في الصحة النفسية " الشراهة وعلاجها , التدريب على المهارات الإجتماعية " / دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان الأردن / (2001) .
23. ديفيد هـ .بارلو / مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي / الترجمة والأشراف والمرجعة صفوت فرج / مكتبة الأنجلو المصرية /القاهرة مصر/ (2002) .
24. ذو النون التجاني , وحسام الدين ذو النون / دارفور حقيقة الثورة والإبادة / الشعر للدعاية والأعلان الخرطوم السودان / الطبعة الثانية / (2009) .
25. رجاء محمود أبو علام / مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية / دار النشر للجامعات القاهرة مصر / (2007) .
26. سبيل آدم سبيل / قبائل دارفور / دار عزة للنشر والتوزيع / ( 2005) .
27. سيد أحمد علي عثمان العقيد / دارفور والحق المر – الماضي – الحاضر- المستقبل "دراسة سياسية تحليلية من منظور تاريخي "/ الدار العربية للنشر والتوزيع الطبعة الأولى / ( 2007) .
28. سيد قطب / في ظلال القرءان / دار الشروق / القاهرة مصر/ الطبعة الرابعة / (1977) .

29. عادل عبد الله محمد / العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات / دار الرشاد – القاهرة- مصر/ الطبعة الأولى / (2000).
30. عادل عز الدين الأشول / علم نفس النمو / مكتبة الأنجلو المصرية / القاهرة مصر / الطبعة الأولى (1982).
31. عبد الرحمن عسيوي / علم نفس النمو / دار المعرفة الجامعية الإسكندرية مصر / بدون تاريخ محدد.
32. عبد الرحمن محمد عيسوي / علم النفس الفسيولوجي دراسة في تفسير السلوك الإنساني / دار المعرفة الجامعية الإسكندرية مصر / (1999) .
33. عبد الستار إبراهيم / أسس علم النفس / دار المريخ للنشر الرياض السعودية / (1987) .
34. عبد الغفار محمد أحمد و لايف مانقار / دارفور إقليم العذاب إشكالية الموقع وصراع الهويات / ترجمة محمد علي جادين منشورات رواق / ( 2009) .
35. عبدالعلي الجسماني / سايكو لوجبة الطفولة والمراهقة وخصائصهما الأساسية / الدار العربية للعلوم بيروت لبنان / (1994) .
36. عبدالمجيد الخليدي و كمال حسن وهبي /الأمراض النفسية والعقلية والإضطرابات السلوكية عند الأطفال / دار الفكر العربي بيروت لبنان الطبعة الأولى/ (1997).
37. علي أحمد عقار / البعد السياسي للصراع القبلي في دارفور / شركة مطابع السودان للعملة /( 2003) .
38. فيصل محمد صالح وأنور يوسف عطا المنان/ دارفور ومعاناة البحث عن السلام "أوراق ورش عمل مبادرة المجتمع المدني للسلام حول إتفاقية السلام الشامل/ إعداد شمس الدين الأمين ضو البيت / مؤسسة فريدريش آيبرت – السودان بدعم السفارة البريطانية – الخرطوم / (2008) .
39. محمد أحمد النابلسي ومجموعة من الباحثين / الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث / دار النهضة العربية /( 1991).
40. محمد النحال / قضية دارفور الأبعاد المحلية والدولية وآفاق الحل / الناشر مركز الراصد للدراسات / الخرطوم / (2005) .
41. محمد بن أبي بكر الرازي / مختار الصحاح / مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب / (1976) .
42. محمد عبد العظيم سيد و فدوى بشير /علم النفس المرضي , PRI mary , training , recrunitrent conjultation program development / (2005).
43. محمد عبدالرحمن الشقيرات / مقدمة في علم النفس العصبي / دار الشروق للنشر والتوزيع بيروت لبنان/ (2005) .
44. محمد عودة الديماوي / سايكولوجية الفروق الفردية والجمعية في الحياة النفسية / دار الشروق للنشر والتوزيع بيروت لبنان / الطبعة الأولى/ (1994) .

45. موسى المبارك الحسن / تاريخ دارفور السياسي من عام (1882- 1898) / دار الخرطوم للطباعة والنشر والتوزيع السودان / الطبعة الثانية / ( 1995) .
46. ميخائيل أسعد / السايكولوجيا المعاصرة / دار الحبيل بيروت لبنان/ (1996) .
47. نزيه عبدالقادر حمدي و صابر سعدي أبو طالب /الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر / الشركة العربية للتسويق والتوريدات/ ( 2008) .
48. كمال عبدالحميد زيتون/ منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي / عالم الكتب للنشر والتوزيع القاهرة مصر/ الطبعة الأولى/ (2004).

**ثانياً: رسائل الدكتوراة**

1. صادق محمد عبد الحليم صالح :مستوى هرمون التستوسيترون وعلاقته بدرجة السلوك العدواني ومعدل الذكاء لدى المراهقين الجانحين وغير الجانحين بولاية الخرطوم , جامعة الخرطوم - كلية الآداب – قسم علم النفس (2002) .
2. مجاهد مصطفى أحمد الفكي : رسالة دكتوراة بعنوان "إضطرابات الضغوط التالية للصدمة ومدى تحملها وسط مواطني ولاية الخرطوم المتأثرين بأحداث الأثنين الأول من أغسطس 2005 كلية الأداب – جامعة الخرطوم – قسم علم النفس (2008).
3. محمد عبد الوهاب أحمد :دراسة سايكولوجية التوافق النفسي القلق والإكتئاب وسط المعاقين ، جامعة الخرطوم – كلية الآدب - قسم علم النفس – (1998).

**ثالثاً : رسائل الماجستير**

1. إنعام محمد خير : التفكير الخرافي وعلاقته بالقلق والإكتئاب لدى المترددين على المعالجين الشعبين بولاية الخرطوم – جامعة الخرطوم- كلية الآداب – قسم علم النفس (2005).
2. تاج السر أحمد حسن- استخدام بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة لعلاج القلق والإكتئاب لدى مرضى القلب - جامعة الخرطوم – كلية الآداب –قسم علم النفس(2002) .
3. زينب الطاهر الشيخ –الإكتئاب في أوساط طالبات المستوى الأول في الجامعات الأهلية وجامعة القرءان الكريم والعلوم الإسلامية – جامعة الخرطوم - كلية الآداب – قسم علم النفس (1997).
4. غادة محمد محمود محمد علي- القلق والإكتئاب وعلاقتهما بنوعية الحياة لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمحافظة الخرطوم – جامعة الخرطوم – كلية الآداب – قسم علم النفس( 2001).

**رابعاً : الأوراق العلمية**

1. أحمد خليفة أحمد الشامي / قواعد السلوك السليم لحماية الأطفال في مناطق النزاعات المسلحة ( 2010) م .
2. مفهوم حماية الأطفال والبيئة الحامية / فتح الرحمن محمد بابكر(2010).

**خامساً: المراجع الأنكليزية**

1. American psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders / American psychiatric Association-washington , DC , USA / Fourth Edition (1996) .
2. Glenn R. Schiraldi ,PH.D. the post -Traumatic stress Disorder SOURCEBOOK /MC Graw . Hill USA. (1999).
3. Kinize ,J.D.(1986) severe PTSD among Cambudian refugees ; symptoms clinical course and treatment approaches . Washington,DC ; American psychiatrist press,INC .
4. M.Y.Sukkar.H.A.EL –Munshid.M.S.M.Ardawi-Concise Human Physiology-Black Well Publishing-(2006).
5. WHO-ICDIO Classification Of Mental And Behavioural Disorders.Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines.WHO Geneve Switzerland (1992).

**سادساً:المجلات العلمية**

1- Magwaza ,A.S. , Killian, B.J .,Peterson, I.,and Pillay ,y.(1993)The affect of violence on pre school children living in south African towns ship ; children and war . Children abuse and neglect.IV(16).795-803.

2-Samia Sirag Garieballah, Maggie Sachauor, Frank Neuner,Evangelia Saleptsi, et al(2006) Traumatic event , PTSD, and psychiatric comorbdity in forensic patient-assessed by questionnaires and diagnostic interview. Clinical practice and Epidemology in mental health.

3-Uni Krishan , Margarete Schaur ,Kavita Singh , Kenneth Hill , Thomas Elbert , Gilbert Burnham (2004) .Traumatic events and symptoms of PTSD among Sudanese national, refugees and Ugandans in west Nile . African health science. Vol 3 No 2.

**_سابعاً: المواقع الالكترونية**

1. **دراسة ثابت وقوستانيس (2002)** http://pulpit.alwatanvoice.com
2. **دراسة سندي مياس وآخرين(2008)** http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumbed/19487608
3. دراسة كاثرين وآخرين(2006) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumbed/19699514
4. دراسة ثابت وآخرون (2004)**و(2006) ودراسة المجدلاوي(2004)** **http://www.panic.gov.ps/arabic**
5. دافيدسون وزملاؤه ويرسيلو(1996) **http://www.questia.com**

6. وليد مراد(بدون تاريخ) http://www.sehha.com/mentalhealth/baby06.htm

**7. جاسم الخواجة(1993) http://www.arabpsynel.com/books/nab.b15.htm**


## ثانياً الملاحق :

ملحق رقم (1) : قائمة بأسماء المحكمين الذين حكموا أداة ومقياس البحث :

| الرقم | الأسم | الدرجة العلمية | الوظيفة |
|---|---|---|---|
| 1 | الجيلي علي البشير | دكتوراه | محاضر جامعة أمدرمان الإسلامية |
| 2 | سعاد موسى أحمد | دكتوراه | محاضر بجامعة الأحفاد للبنات |
| 3 | أسامة الجيلي | دكتوراه | محاضر جامعة النيلين |
| 4 | ناهد حسن | دكتوراه | محاضر جامعة السودان |
| 5 | علي فرح أحمد | دكتوراه | محاضر جامعة السودان |
| 6 | أسماء عبد المتعال | دكتوراه | محاضر جامعة السودان |
| 7 | إبراهيم عبد الرحيم | دكتوراه | محاضر جامعة أمدرمان الإسلامية |

**ملحق رقم (2): قائمة أعراض الصدمة النفسية لدى الأطفال (الأصل) .**

Name ______ Age ____ Sex ____ Identification No. ______ Race ______ Date ______

| | Never | Sometimes | Lots of times | Almost all of the time |
|---|---|---|---|---|
| 1. Bad dreams or nightmares | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Feeling afraid something bad might happen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Scary ideas or pictures just pop into my head | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Wanting to say dirty words | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Pretending I am someone else | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Arguing too much | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Feeling lonely | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Touching my private parts too much | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Feeling sad or unhappy | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Remembering things that happened that I didn't like | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Going away in my mind, trying not to think | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Remembering scary things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Wanting to yell and break things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Crying | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Getting scared all of a sudden and don't know why | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Getting mad and can't calm down | 0 | 1 | 2 | 3 |

0 = Never
1 = Sometimes
2 = Lots of times
3 = Almost all of the time

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 27. Feeling stupid or bad | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Feeling like I did something wrong | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Feeling like things aren't real | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Forgetting things, can't remember things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Feeling like I'm not in my body | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Feeling nervous or jumpy inside | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Feeling afraid | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Not trusting people because they might want sex | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Can't stop thinking about something bad that happened to me | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Getting into fights | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Feeling mean | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Pretending I'm somewhere else | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Being afraid of the dark | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Getting scared or upset when I think about sex | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Worrying about things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Feeling like nobody likes me | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Remembering things I don't want to remember | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Having sex feelings in my body | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. My mind going empty or blank | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Feeling like I hate people | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Can't stop thinking about sex | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Trying not to have any feelings | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Feeling mad | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Feeling afraid somebody will kill me | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Wishing bad things had never happened | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Wanting to kill myself | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. Daydreaming | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Getting upset when people talk about sex | 0 | 1 | 2 | 3 |

0 = Never
1 = Sometimes
2 = Lots of times
3 = Almost all of the time

PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com



9 8 7 6 Reorder #RO-3274 Printed in the U.S.A.

**ملحق رقم (3) : قائمة أعراض الصدمة النفسية لدى الأطفال المترجمة عن الأصل بواسطة وحدة الترجمة جامعة الخرطوم .**

الأسم :.......................... العمر :......... النوع:....... رقم الهوية :........... الجنس :............. التاريخ :................

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. تنتابني أحلام مزعجة او كوابيس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ينتابني شعور بالخوف من أن مكروهاً سيقع | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. تهجم عليّ أفكار وتصاوير مفزعة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. أرغب في التلفظ بألفاظ بذيئة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. أتظاهر بأني شخص آخر | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. أجادل جدالاً ممضاً | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. أشعر بالوحدة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ألامس أعضائي التناسلية كثيراً جداً | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. أشعر بالحزن أو البؤس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. أتذكر أشياء حصلت في الماضي لم أمكن أحبها | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. أغوص في عقلي محاولاً عدم التفكير | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. أتذكر أشياء مرعبة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. أرغب في الصراخ والزعيق وتكسير الأشياء | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. أصيح | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. أشعر بالرعب فجأةً دون معرفة سبب لذلك | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. أستشيط غضباً ولا يمكنني أن أهدأ منه | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. أفكر في ممارسة الجنس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. أحس بالدوار | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. أرغب في الصراخ في الناس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. أرغب في إيذاء نفسي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. أرغب في إيذاء الأخرين | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. أفكر في ملامسة الأعضاء الجنسية للآخرين | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. أفكر في الجنس حينما لا أريد التفكير فيه | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. أشعر بالخوف من الرجال | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. اشعر بالخوف من النساء | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. اغتسل لأني أحس بأني متسخ في داخلي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. أشعر بأني غبي أو سيئ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. أشعر كما لو أخطأت | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. أشعر كما لوكانت الأشياء غير حقيقيةٌ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. أنسى الأشياء , لا أستطيع تذكر الأشياء | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. أشعر كأني لست في جسدي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. أشعر في دواخلي بالتوتر والهياج والفزع | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. أشعر بالخوف | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. لا أثق بالناس لأنهم ربما أحبوا ممارسة الجنس معي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. لا أستطيع التوقف عن التفكير في مكروه كان قد حدث لي | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36. أتشاجر مع الأخرين | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. أشعر بالوضاعة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. أتظاهر بأني في مكان آخر | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. أخاف الظلام | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. ينتابني الفزع والضيق حينما أفكر في الجنس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. ينتابني القلق على أشيائي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. ينتابني اشعور بأن لا أحد يحبني | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. أتذكر أشياء لا أحب تذكرها | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. تسري في جسدي أحاسيس جنسية | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. أشعر بخواء عقلي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. أشعر كاني أكره الناس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. لا أستطيع التوقف عن التفكير في الجنس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. أحاول ألا تكون لي أدنى أحاسيس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. أشعر بالجنون | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. أشعر بالخوف من أن شخصاً سيقتلني | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. أتمنى لو أن أشياء سيئة لم تكن وقعت | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. أريد قتل نفسي | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. تنتابني أحلام اليقظة | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. يسوءني أن يتكلم الناس عن الجنس | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |

## ملحق رقم (4) : قائمة أعراض الصدمة النفسية باللهجة الدارفورية .

العمر : ..................... النوع :..................... المستوى التعليمي ................

| الرقم | العبارة | لم يحدث قط | يحدث أحياناً | يحدث كثيراً | يحدث دائماً تقريباً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | بتجيني أحلام وبتخلع في النوم | | | | |
| 2 | بجيني خوف زي أنا ماكويس وبتحصل حاجة | | | | |
| 3 | زي البشيف مناظر شينة كده | | | | |
| 4 | أرغب في الكلام بكلمات بذيئة | | | | |
| 5 | أتظاهر باني زول تاني | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | أنقاش في نقاش شديد | | | | |
| 7 | أشعر ما داير ألم مع الناس | | | | |
| 8 | بلمس حاجاتي الجنسية كثيراً | | | | |
| 9 | أشعر بالحزن أو البؤس | | | | |
| 10 | أتذكر أشياء حدثت في الماضي لم أكن أحبها | | | | |
| 11 | بحاول ما بفكر بعقلي | | | | |
| 12 | أتذكر أشياء بتخوف شديد | | | | |
| 13 | أرغب في الصراخ والعياط وتكسير الأشياء | | | | |
| 14 | أصيح وأعيط | | | | |
| 15 | بخاف شديد وماعارف السبب شنو | | | | |
| 16 | بغضب شديد وماعارف أهدا كيف | | | | |
| 17 | أفكر في ممارسة الجنس | | | | |
| 18 | بحس راسي لافي | | | | |
| 19 | أرغب في الصراخ في الناس | | | | |
| 20 | داير أعطل نفسي | | | | |
| 21 | داير أعطل الناس | | | | |
| 22 | أفكر في ملامسة شغلات الناس الجنسية | | | | |
| 23 | أفكر في الجنس وأنا مادابر أفكر فيه | | | | |
| 24 | أشعر بالخوف من الرجال | | | | |
| 25 | أشعر بالخزف من النساء | | | | |
| 26 | أغتسل لأني بحس بأنو أنا ماطاهر | | | | |
| 27 | أشعر بأني بليد وما كويس | | | | |
| 28 | أنا بحس بي غلطي | | | | |
| 29 | أشعر حتى لو كانت الحاجات ما حقيقية زاتا | | | | |
| 30 | أنسى الأشياء وماقادر أتذكر | | | | |
| 31 | أشعر زي الجسمي ما فوقي | | | | |
| 32 | أشعر جواي متوتر نار بس أقرب أصرخ | | | | |
| 33 | أشعر بالخوف | | | | |
| 34 | لا أثق بالناس زي الدايرين يمارسوا فيني الجنس | | | | |
| 35 | مابقدر بنسى كلام شين الحصل لي | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 36 | بداويس مع الناس | | | | |
| 37 | أشعر بالضآلة | | | | |
| 38 | أتظاهر بأني في مكان آخر | | | | |
| 39 | بخاف من الضلام | | | | |
| 40 | بضايق وبخاف لما أفكر في الجنس | | | | |
| 41 | بخاف على حاجاتي | | | | |
| 42 | بحس زول دايرني مافي | | | | |
| 43 | أتذكر أشياء ما بدور تذكرها | | | | |
| 44 | بحس عندي نية في الجنس | | | | |
| 45 | أشعر زي العقلي فاضي | | | | |
| 46 | أشعر كأني أكره الناس | | | | |
| 47 | مابقدر أمنع نفسي من التفكير في الجنس | | | | |
| 48 | أحاول أنو ما أبقى حساس من أي حاجة | | | | |
| 49 | أشعر بالجنون | | | | |
| 50 | بخاف زي الفي زول بقتلني | | | | |
| 51 | أتمنى لو ما حصلت أي حاجة شنة | | | | |
| 52 | أريد قتل نفسي | | | | |
| 53 | بتجيني أحلام وما نايم | | | | |
| 54 | بنفضح لما الناس بتكلموا في الجنس | | | | |

**ملحق رقم (5) : قائمة أعراض الصدمة النفسية بعد حذف العبارات التي تقيس الاضطرابات الجنسية ، وهي القائمة التي تم استخدامها في البحث .**

العمر : ...................... النوع :...................... المستوى التعليمي : ....................

| الرقم | العبارة | لم يحدث قط | يحدث أحياناً | يحدث كثيراً | يحدث دائماً تقريباً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | بتجيني أحلام وبتخلع في النوم | | | | |
| 2 | بجيني خوف زي أنا ماكويس وبتحصل حاجة | | | | |
| 3 | زي البشيف مناظر شينة كده | | | | |
| 4 | أتظاهر باني زول تاني | | | | |
| 5 | أنقاش في نقاش شديد | | | | |
| 6 | أشعر ما داير ألم مع الناس | | | | |
| 7 | أشعر بالحزن أو البؤس | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | أتذكر أشياء حدثت في الماضي لم أكن أحبها | 8 |
| | | | | بحاول ما بفكر بعقلي | 9 |
| | | | | أتذكر أشياء بتخوف شديد | 10 |
| | | | | أرغب في الصراخ والعياط وتكسير الأشياء | 11 |
| | | | | أصيح وأعيط | 12 |
| | | | | بخاف شديد وماعارف السبب شنو | 13 |
| | | | | بغضب شديد وماعارف أهدا كيف | 14 |
| | | | | بحس راسي لافي | 15 |
| | | | | أرغب في الصراخ في الناس | 16 |
| | | | | داير أعطل نفسي | 17 |
| | | | | داير أعطل الناس | 18 |
| | | | | أشعر بالخوف من الرجال | 19 |
| | | | | أشعر بالخزف من النساء | 20 |
| | | | | أغتسل لأني بحس بأنو أنا ماطاهر | 21 |
| | | | | أشعر بأني بليد وما كويس | 22 |
| | | | | أنا بحس بي غلطي | 23 |
| | | | | أشعر حتى لو كانت الحاجات ما حقيقية زاتا | 24 |
| | | | | أنسى الأشياء وماقادر أتذكر | 25 |
| | | | | أشعر زي الجسمي ما فوقي | 26 |
| | | | | أشعر جواي متوتر نار بس أقرب أصرخ | 27 |
| | | | | أشعر بالخوف | 28 |
| | | | | مابقدر بنسى كلام شين الحصل لي | 29 |
| | | | | بداويس مع الناس | 30 |
| | | | | أشعر بالضآلة | 31 |
| | | | | أتظاهر بأني في مكان آخر | 32 |
| | | | | بخاف من الضلام | 33 |
| | | | | بخاف على حاجاتي | 34 |
| | | | | بحس زول دايرني مافي | 35 |
| | | | | أتذكر أشياء ما بدور تذكرها | 36 |
| | | | | أشعر زي العقلي فاضي | 37 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 38 | أشعر كأني أكره الناس | | | | |
| 39 | أحاول أنو ما أبقى حساس من أي حاجة | | | | |
| 40 | أشعر بالجنون | | | | |
| 41 | بخاف زي الفي زول بقتلني | | | | |
| 42 | أتمنى لو ما حصلت أي حاجة شنة | | | | |
| 43 | أريد قتل نفسي | | | | |
| 44 | بتجيني أحلام وما نايم | | | | |

ملحق رقم (6) : بعض المعلومات عن معسكر أردمتا كما وردت في أحد تقارير مفوضية العون الإنساني.

بسم الله الرحمن الرحيم

**ولاية غرب دارفور**

**معلومات أساس معسكرات النازحين**

**نوفمبر 2009م**

1. إسم المعسكر : أردمتا .
2. إسم شيخ المشائخ : الحاج أدم إسماعيل .
3. اسم مشرف المعسكر : عبد الله إبراهيم عبد العزيز .
4. تاريخ إنشاء المعسكر : مارس 2003 م .

5. المحلية التي أتي منها النازحين : كرينك – سربا – الجنينة .
6. إحصائية سكان المعسكر : 27340 نسمة .
7. النازحين الأصليين : 16337 نسمة .
8. المنظمات العاملة بالمعسكر :

| الرقم | المنظمة | النشاط |
|---|---|---|
| 1 | TDH | رياض الأطفال (حماية الأطفال) – بناء وصيانة المساكن – تنسيق المعسكر – الدعم النفسي والإجتماعي |
| 2 | أطفال الحرب | تنمية الشباب – تعليم الكبار – سبل المعيشة |
| 3 | كونسيرن | التغذية الإضافية |
| 4 | رعاية المسنين | تقديم الخدمات للعجزة والمسنين – حماية المسنين |
| 5 | الهلال الأحمر السوداني | توزيع المواد الغذائية – توزيع المواد غير الغذائية |

9. المنظمة المنسقة بالمعسكر : TDH .
10. نقاط التأمين بالمعسكر : عدد (2) مركز .
11. عدد أفراد الشرطة بالمعسكر : (16) شرطي .
12. عدد مدارس الأساس بالمعسكر : مدرسة واحدة .
13. عدد مراكز توزيع المياة : (24) مركز توزيع ماء .
14. عدد المراكز الصحية بالمعسكر : مركز واحد .
15. الحالة الأمنية بالمعسكر : إذ أن سابقاً هناك كان منزل للإنتاج الخمر لكن تم حسمها و إيقافها وأيضاً يقع المعسكر في معبر للمسلحين المارين إلى أربكني و أم القرى مما يسبب في إختلال الأمن بالمعسكر .
16. الجهات الخارجية التي تؤثر في المعسكر : الحركات الدارفورية غير الموقعة مثل العدل و المساواة والحركة الشعبية .

ملحق رقم (7) : بعض المعلومات عن معسكر الرياض كما وردت في أحد تقارير مفوضية العون الإنساني.

بسم الله الرحمن الرحيم

**ولاية غرب دارفور**

**معلومات أساس معسكرات النازحين**

**نوفمبر 2009م**

1. إسم المعسكر :الرياض .
2. إسم شيخ المشائخ : آدم حسن عثمان .
3. اسم مشرف المعسكر : الصادق يونس الحاج .
4. تاريخ إنشاء المعسكر : مارس 2003 م .

5. المحلية التي أتي منها النازحين : كرينك – سربا – الجنينة .
6. إحصائية سكان المعسكر : 21092 نسمة .
7. النازحين الأصليين :15722 نسمة .
8. المنظمات العاملة بالمعسكر والنشاط :

| الرقم | المنظمة | النشاط |
|---|---|---|
| 1 | TDH | رياض الأطفال (حماية الأطفال) – بناء وصيانة المساكن – تنسيق المعسكر - الدعم النفسي والإجتماعي |
| 2 | المثاث | المياه والصرف الصحي |
| 3 | الهيئة الطبية العالمية | الصحة – رعاية صحة أولية |
| 4 | رعاية المسنين | تقديم خدمات للعجزة والمسنين – حماية المسنين |
| 5 | أطفال الحرب | تنمية الشباب – تعليم الكبار – سبل المعيشة |
| 6 | CAM | الصحة – رعاية اصحية أولية للنساء والأطفال |
| 7 | FAR | سبل زيادة الدخل (سبل المعيشة) |
| 8 | الهلال الأحمر السوداني | توزيع المواد الغذائية – رعاية صحية أولية – توزيع المواد الغير غذائية |
| 9 | كونسيرن | التغذية الإضافية |

9. المنظمة المنسقة بالمعسكر : TDH .
10. نقاط التأمين بالمعسكر : عدد (1)نقطة شرطة .
11. عدد أفراد الشرطة بالمعسكر : (8) شرطي .
12. عدد مدارس الأساس بالمعسكر : مدرستين .
13. عدد مراكز توزيع المياة : (7) مراكز توزيع ماء وعدد (1) مصفغة يدوية .
14. عدد المراكز الصحية بالمعسكر : ثلاث مراكز .
15. الحالة الأمنية بالمعسكر : الوضع الأمني مستقر لكن هناك مشكلة إنتاج للخمور بالمعسكر مما يسبب في دخول المسلحين للمعسكر والقيام بالسرقات وعدم إستتاب الأمن بالمعسكر
16. الجهات الخارجية التي تؤثر في المعسكر : الحركة الشعبية – وهناك أفراد تابعين للحركات المسلحة غير الموقعة للسلام وأيضاً أفراد تابعين للحركات التي وقعت إتفقايات مع الحكومة .

**ملحق رقم (8) : قائمة العبارا ت المحذوفة من المقياس كما أوصى المحكمون والعاملون بالمعسكرات .**

| الرقم | العبارة | لم يحدث قط | يحدث أحياناً | يحدث كثيراً | يحدث دائم<br>أ تقريباً |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | أرغب في الكلام بكلمات بذيئة | | | | |
| 2 | بلمس حاجتي الجنسية كتير | | | | |
| 3 | أفكر في ممارسة الجنس | | | | |
| 4 | أفكر في ملامسة شغلات الناس الجنسية | | | | |
| 5 | أفكر في الجنس وانا ما داير أفكر فيه | | | | |
| 6 | لا أثق بالناس زي الدايرين يمارسو فيني الجنس | | | | |
| 7 | بحس عندي نية في الجنس | | | | |
| 8 | بضايق وبخف لمن افكر في الجنس | | | | |
| 9 | ما بقدر أمنع نفسي من التفكير في الجنس | | | | |
| 10 | بنفضح لما الناس يتكلموا في الجنس | | | | |